

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ

ISSN 2221-9943

МЕДИЦИНСКОЕ

СТРАХОВАНИЕ
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ
Ф О Н Д
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

3 – 2014

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

Федеральный закон «О внесении изменений в Федеральный закон «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов» и статью 51 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»



**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

**ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ
СТРАХОВАНИЕ
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**OBLIGATORY MEDICAL INSURANCE
IN THE RUSSIAN FEDERATION**

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
№ 3, 2014**

«ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»

№ 3, 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 финансов Российской Федерации, к.м.н.

Н.А. Хорова – Заместитель министра здравоохранения Российской Федерации

П.В. Бреев – Советник председателя ФОМС

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

В.А. Зеленский – Директор Московского городского фонда ОМС, к.э.н.

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. Линденратен – 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 21.07.2014 года. Тираж: 2000 экз.

Формат: 205 x 275 мм. Объем: 76 полос

Адрес редакции: 000 «Издательство «Офтальмология»

127486, г. Москва, Бескудниковский бульвар, д. 59А. Тел.: (499) 488-87-03
E-mail: publish_mntk@mail.ru; journal-oms@yandex.ru (для отправки статей)
Internet: www.omsjournal.ru

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

© «Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации», 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»

№ 3, 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

N.A. Khorova – Deputy Minister of Health of the Russian Federation

P.V. Breyev – Councilor of Chairman of the FCHIF

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

V.A. Zelensky – PhD in Economic Sciences, the Moscow City FCHIF

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 21.07.2014. Circulation: 2000 copies

Format: 205 x 275 mm, Volume: 76 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

Президент Российской Федерации В. В. Путин подписал Федеральный закон «О внесении изменений в статью 50 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» 4

Президент Российской Федерации В. В. Путин подписал Федеральный закон «О внесении изменений в Федеральный закон «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов» и статью 51 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» 6

Правление Федерального фонда обязательного медицинского страхования 9

Основные направления деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2013 году 10

Работникам системы обязательного медицинского страхования вручены государственные награды и ведомственные знаки отличия 13

Новые кадровые назначения 14

ВСЕРОССИЙСКОЕ СОВЕЩАНИЕ

Всероссийское совещание «Создание единой модели профилактики неинфекционных заболеваний и формирование здорового образа жизни» 16

Н.Н. Стадченко
Финансовые механизмы активизации по формированию здорового образа жизни и профилактике неинфекционных заболеваний 18

Всероссийская конференция по реализации обязательного медицинского страхования 24

ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

Г.А. Антонова
Современные информационные системы как инструмент повышения эффективности управления процессами обязательного медицинского страхования 26

G.A. Antonova
Contemporary information systems as a tool of efficiency increase in management of processes of obligatory medical insurance. 26

ОРГАНИЗАЦИЯ ОМС

А.В. Решетников, Д.В. Евдокимов, Л.А. Агапорова
Опыт разработки и применения методики оценки эффективности деятельности медицинских организаций с выплатой вознаграждений стимулирующего характера из средств нормированного страхового запаса ТФОМС Ростовской области 32

A.V. Reshetnikov, D.V. Evdokimov, L.A. Agapороva
Experience of development and application of methods for estimation of activity efficiency for medical organizations with the remuneration payments of stimulating character from the funds normalized insurance reserve of the TFOMS of the Rostov region. 32

В.В. Бабин, И.К. Новоселова, Г.И. Девяткова
Об опыте организации финансирования амбулаторно-поликлинической помощи по подушевому нормативу в сфере обязательного медицинского страхования Пермского края 38

V.V. Babin, I.K. Novoselova, G.I. Devyatkova
Experience of financing organization for outpatient care according to the per capita norm in the sphere of obligatory medical insurance of the Perm region 38

ДАЙДЖЕСТ НОВОСТЕЙ

Обязательное медицинское страхование и социальная политика в СМИ 46

Президент Российской Федерации В. В. Путин подписал Федеральный закон «О внесении изменений в статью 50 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»



Федеральный закон принят Государственной Думой 4 июля 2014 года и одобрен Советом Федерации 9 июля 2014 года.

Согласно части 3 статьи 50 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», средства, предусмотренные в бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации, могут направляться в том числе на строительство, реконструкцию объектов капитального строительства и (или) их этапы, обеспечение завершения строительства ранее начатых объектов.

В целях совершенствования оказания медицинской помощи населению Федеральным законом предусматривается возможность направления средств обязательного медицинского страхования в бюджеты субъектов Российской Федерации для последующего предоставления их в виде субсидий Государственной корпорации «Ростехнологии» при условии возложения на неё функций заказчика по обеспечению инженерных изысканий и

подготовки проектной документации для строительства региональных перинатальных центров, а также строительства и ввода в эксплуатацию этих центров.

После завершения строительства и ввода в эксплуатацию перинатальных центров Государственная корпорация «Ростехнологии» обеспечивает их передачу в собственность субъектов Российской Федерации.

Предлагаемое решение соответствует положениям статьи 78¹ Бюджетного кодекса Российской Федерации, согласно которой в законе субъекта Российской Федерации о бюджете субъекта Российской Федерации могут предусматриваться субсидии некоммерческим организациям, не являющимся государственными (муниципальными) учреждениями, при заключении соответствующего соглашения.

Контроль за использованием указанных средств будет осуществляться в порядке, аналогичном порядку осуществления контроля за использованием средств, предусмотренных на иные программы и мероприятия по модернизации здравоохранения.



РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН
от 10 июля 2014 года № 204-ФЗ
МОСКВА

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

*Принят Государственной Думой 4 июля 2014 года
Одобен Советом Федерации 9 июля 2014 года*

Внести в статью 50 Федерального закона от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; 2011, N 49, ст. 7047; 2012, N 49, ст. 6758; 2013, N 7, ст. 606; N 39, ст. 4883; N 48, ст. 6165) следующие изменения:

1) часть 6 дополнить пунктом 3 следующего содержания:

«3) бюджету субъекта Российской Федерации в виде иных межбюджетных трансфертов для последующего их предоставления в соответствии со статьей 78¹ Бюджетного кодекса Российской Федерации в виде субсидий Государственной корпорации по содействию разработке, производству и экспорту высокотехнологичной промышленной продукции «Ростех» (далее - Государственная корпорация «Ростех»). Указанные субсидии предоставляются Государственной корпорации «Ростех» в случае возложения на нее правовыми актами Президента Российской Федерации функций заказчика по обеспечению выполнения инженерных изысканий и подготовки проектной документации для строительства региональных перинатальных центров в субъектах Российской Федерации, а также строительства и ввода в эксплуатацию этих центров. После завершения строительства и ввода в эксплуатацию этих центров Государственная корпорация «Ростех» обеспечивает их передачу в собственность субъектов Российской Федерации.»;

2) часть 14 дополнить предложением следующего содержания: «Действие положений настоящей части распространяется также на осуществление Федеральным фондом, федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в финансово-бюджетной сфере, Счетной палатой Российской Федерации контроля за использованием Государственной корпорацией «Ростех» средств, предусмотренных пунктом 3 части 6 настоящей статьи.».

Президент
Российской Федерации
В. ПУТИН

Москва, Кремль
10 июля 2014 года
N 204-ФЗ

Президент Российской Федерации В. В. Путин подписал Федеральный закон «О внесении изменений в Федеральный закон «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов» и статью 51 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»



Федеральный закон принят Государственной Думой 4 июля 2014 года и одобрен Советом Федерации 9 июля 2014 года.

Федеральным законом предусматривается возможность расходования средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования на предоставление межбюджетных трансфертов бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования Республики Крым и г. Севастополя на финансовое обеспечение мероприятий по организации обязательного

медицинского страхования на территориях указанных субъектов Российской Федерации, в том числе мероприятий по информатизации медицинских организаций, в сумме до 75 000 тыс. рублей.

Также из средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования предусматривается возможность финансирования оказания гражданам федеральными медицинскими учреждениями высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования.



РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН
от 21 июля 2014 года № 268-ФЗ
МОСКВА

**О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ
В ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН «О БЮДЖЕТЕ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА 2014 ГОД И НА ПЛАНОВЫЙ ПЕРИОД 2015 И 2016 ГОДОВ»
И СТАТЬЮ 51 ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА «ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»**

*Принят Государственной Думой 4 июля 2014 года
Одобен Советом Федерации 9 июля 2014 года*

Статья 1

Внести в Федеральный закон от 2 декабря 2013 года N 321-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2013, N 49, ст. 6322) следующие изменения:

1) в части 1 статьи 5:

а) пункт 6 изложить в следующей редакции:

«6) на предоставление федеральному бюджету иных межбюджетных трансфертов на финансовое обеспечение оказания федеральными государственными учреждениями, подведомственными Министерству здравоохранения Российской Федерации, Федеральному медико-биологическому агентству, Федеральному агентству научных организаций, Министерству труда и социальной защиты Российской Федерации и Управлению делами Президента Российской Федерации, медицинской помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, а также высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, в порядке, установленном Правительством Российской Федерации;»;

б) дополнить пунктом 7 следующего содержания:

«7) на предоставление иных межбюджетных трансфертов бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования Республики Крым в сумме до 60 000,0 тыс. рублей и города федерального значения Севастополя в сумме до 15 000,0 тыс. рублей на финансовое обеспечение мероприятий по организации обязательного медицинского страхования, в том числе мероприятий по информатизации медицинских организаций, на территориях указанных субъектов Российской Федерации.»;

2) приложение 1 после строки

«394 2 02 05608 08 0000 151 Межбюджетный трансферт бюджету Федерального фонда обязательного медицинского страхования на компенсацию выпадающих доходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования в связи с установлением пониженных тарифов страховых взносов на обязательное медицинское страхование»

дополнить строкой следующего содержания:

«394 2 08 08000 08 0000 180 Перечисления из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования (в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования) для осуществления возврата (зачета) излишне уплаченных или излишне взысканных сумм налогов, сборов и иных платежей, а также сумм процентов за несвоевременное осуществление такого возврата и процентов, начисленных на излишне взысканные суммы».

Статья 2

Статью 51 Федерального закона от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, N 49, ст. 6422; 2011, N 49, ст. 7047; 2012, N 49, ст. 6758; 2013, N 48, ст. 6165) дополнить частью 18 следующего содержания:

«18. С 1 января по 31 декабря 2014 года средства нормированного страхового запаса Федерального фонда могут направляться в соответствии с Федеральным законом от 2 декабря 2013 года N 321-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов» на финансовое обеспечение оказания высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования.».

Статья 3

1. Настоящий Федеральный закон вступает в силу со дня его официального опубликования.

2. Действие положений пункта 6 части 1 статьи 5 Федерального закона от 2 декабря 2013 года N 321-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов» (в редакции настоящего Федерального закона) и части 18 статьи 51 Федерального закона от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (в редакции настоящего Федерального закона) распространяется на правоотношения, возникшие с 1 января 2014 года.

Президент
Российской Федерации
В. ПУТИН

Москва, Кремль
21 июля 2014 года
N 268-ФЗ

Правление Федерального фонда обязательного медицинского страхования

26 июня 2014 года, г. Москва

О ПРОЕКТЕ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА «ОБ ИСПОЛНЕНИИ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЗА 2013 ГОД»

В соответствии с подпунктом 2 пункта 18 Устава Федерального фонда обязательного медицинского страхования, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 29 июля 1998 года № 857, правление ФОМС рассмотрело представленный проект Федерального закона «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2013 год».

ОБ ОТЧЕТЕ О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В 2013 ГОДУ

В соответствии с подпунктом 2 пункта 18 Устава Федерального фонда обязательного медицинского страхования, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 29 июля 1998 года № 857, правление ФОМС рассмотрело представленный Отчет о деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2013 году.

Решение Правления Федерального фонда обязательного медицинского страхования:

Одобрить проект Федерального закона «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2013 год».

Утвердить Отчет о деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2013 году

Основные направления деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2013 году



В 2013 году деятельность Федерального фонда обязательного медицинского страхования осуществлялась в соответствии с его уставными функциями и полномочиями, предусмотренными Федеральным законом от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», а также положениями Федерального закона от 3 декабря 2012 года № 217-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2013 года на плановый период 2014 и 2015 годов».

Доходы бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее – Федеральный фонд) на 2013 год утверждены в сумме 1 059 251,5 млн рублей, расходы – 1 059 251,5 млн рублей, в том числе межбюджетные трансферты, предоставляемые бюджету Фонда социального страхования Российской Федерации – 19 030,0 млн рублей.

Бюджет Федерального фонда за 2013 год исполнен по доходам в сумме 1 101 351,4 млн рублей (103,98 % утвержденного объема).

Доходы Федерального фонда 2013 году сформированы в основном за счет страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающего и неработающего населения, зачисляемых в бюджет ФОМС (1 073 125,2 млн рублей), а также межбюджетных трансфертов из федерального бюджета (25 780,5 млн рублей).

Обеспечение финансовой устойчивости обязательного медицинского страхования – одно из основных направлений деятельности Федерального фонда – предусматривает, прежде всего, достижение сбалансированности территориальных программ обязательного медицинского страхования за счет субвенций, направляемых на финансовое обеспечение медицинской помощи, оказанной в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования на территории всех субъектов Российской Федерации.

На данные цели в 2013 году из бюджета Федерального фонда в бюджеты территориальных фондов обязательного медицинского страхования направлено 1 025 412,8 млн рублей, в том числе 40 000,0 млн рублей за счет средств нормированного страхового запаса.

В среднем по Российской Федерации в 2013 году размер финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования на 1 застрахованное лицо за счет субвенций, передаваемых из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования, составил 7 216,5 рубля.

При этом средний подушевой норматив финансирования включал расходы на финансовое обеспечение мероприятий, финансируемых в 2012 году в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» и ре-

гиональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации: оказание дополнительной медицинской помощи, оказываемой врачами и средним медицинским персоналом по участковому принципу, денежные выплаты медицинскому персоналу фельдшерско-акушерских пунктов, врачам, фельдшерам и медицинским сестрам скорой медицинской помощи, а также дополнительные стимулирующие выплаты медицинским работникам, ранее осуществляемые в рамках программ модернизации.

Кроме того, средний подушевой норматив финансового обеспечения медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования включал расходы на вспомогательные репродуктивные технологии (экстракорпоральное оплодотворение), а также расходы медицинских организаций на содержание (за исключением расходов на капитальный ремонт и приобретение оборудования стоимостью свыше 100 тыс. рублей за единицу).

Доля средств обязательного медицинского страхования в общем объеме финансирования территориальных программ бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в 2013 году составила 71% (1 167,9 млрд рублей из 1 646,0 млрд рублей), или на 15,4% выше уровня 2012 года.

В 2013 году в рамках территориальных программ обязательного медицинского страхования осуществлялись мероприятия по диспансеризации определенных групп населения, диспансерному наблюдению, профилактическим медицинским осмотрам в соответствии с порядками, установленными Министерством здравоохранения Российской Федерации. В течение года диспансеризацию и медицинские осмотры прошли 32,2 млн граждан, из них: 22,1 млн человек взрослого населения и 10,1 млн детей.

Увеличение размера средств, направляемых на финансовое обеспечение территориальных программ обязательного медицинского страхования, впервые позволило сбалансировать указанные программы во всех субъектах Российской Федерации.

Кроме того, обеспечено повышение заработной платы медицинских работников в целях реализации Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» на 19,8% в сравнении с 2012 годом. В 2013 году среднемесячная номинальная начисленная заработная плата всех работников медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования составила 25,16 тыс. рублей (84,0% к средней по экономике за 2013 год (29,96 тыс. рублей)).

В 2013 году продолжилось осуществление единовременных компенсационных выплат сельским врачам. На данные цели из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования направлены иные межбюджетные трансферты в размере 2 128,9 млн рублей, что позволило при-

влекать на работу в сельские населенные пункты и рабочие поселки 4 253 медицинских работника.

На оплату медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и послеродовом периоде, а также диспансерного наблюдения ребенка в течение первого года жизни в Фонд социального страхования Российской Федерации в 2013 году перечислены средства бюджета Федерального фонда в размере 17 792,2 млн рублей (93,5% утвержденного объема).

В соответствии со статьей 50 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в 2013 году завершены мероприятия региональных программ модернизации здравоохранения (далее – программы модернизации здравоохранения), реализуемые с 2011 года во всех регионах, а также мероприятия по модернизации государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь.

Финансовое обеспечение программ модернизации здравоохранения на три года предусматривалось в размере 664,3 млрд рублей, в том числе 420,1 млрд рублей за счет средств бюджета Федерального фонда.

В рамках программ модернизации здравоохранения к 2014 году завершено строительство 101 учреждения здравоохранения; ремонтные работы в полном объеме завершены почти в 4 тыс. учреждений здравоохранения; закуплено и поставлено в медицинские учреждения более 389 тыс. единиц оборудования, включая оборудование для оснащения бортовой аппаратурой ГЛОНАСС – почти 23 тыс. единиц. В целях внедрения современных информационных технологий в здравоохранение закуплено более 390 тыс. единиц компьютерной техники, что позволило организовать запись к врачу в электронном виде почти в 5,7 тыс. учреждений здравоохранения. По итогам трех лет организация персонализированного учета оказанных медицинских услуг завершена в 7,3 тыс. учреждений здравоохранения, обмен телемедицинскими данными и внедрение систем электронного документооборота осуществляется в 5,1 тыс. учреждений здравоохранения.

За три года в рамках программ модернизации здравоохранения завершено строительство 40 детских учреждений здравоохранения, ремонтные работы в полном объеме завершены почти в 1,6 тыс. учреждений, закуплено и поставлено в медицинские учреждения более 113 тыс. единиц оборудования для оказания медицинской помощи детям.

Наряду с реализацией региональных программ модернизации здравоохранения в 2012-2013 годах осуществлялись мероприятия по укреплению материально-технической базы федеральных учреждений здравоохранения и внедрению в них современных информационных систем.

Размер предоставленных из бюджета Федерального фонда в федеральный бюджет средств на финансовое обеспечение мероприятий по модернизации госу-

дарственных учреждений здравоохранения составил 29 821,7 млн рублей. В 2012–2013 годах в рамках реализации мероприятий по модернизации государственных учреждений здравоохранения приобретено 21 280 единиц медицинского оборудования, закуплено 18 837 единиц компьютерной техники, организовано 23 635 портов локальных вычислительных сетей.

В рамках мероприятий по организации защиты прав и законных интересов застрахованных в сфере обязательного медицинского страхования Федеральным фондом рассмотрено 1 174 письменных обращения граждан из 72 субъектов Российской Федерации, а также более 600 устных обращений граждан. При этом в 2013 году отмечено снижение количества обоснованных жалоб на 19,2% в сравнении с уровнем 2012 года, в том числе по вопросам организации работы в сфере ОМС – на 10,2%, на взимание денежных средств с застрахованных лиц – на 33,9%.

В 2013 году Федеральным фондом проведено 149 проверок в 44 субъектах Российской Федерации. Информация о результатах проверок, выявленных нарушениях и недостатках во всех случаях направлялась в адрес органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации или в адрес органа исполнительной власти, осуществляющего функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, подведомственным ему федеральным органам исполнительной власти и Российской академии наук (94 предписания), в том числе в правоох-

ранительные органы направлена информация о результатах 20 проверок.

Информатизация в сфере обязательного медицинского страхования в 2013 году осуществлялась в соответствии с Концепцией информатизации системы обязательного медицинского страхования на период 2011–2015 годов и Планом деятельности работы Федерального фонда на 2013 год.

Основными направлениями деятельности Федерального фонда по информатизации являлись: построение единого информационного пространства системы обязательного медицинского страхования, интегрированного в единое информационное пространство системы здравоохранения в целом; нормативно-методологическое обеспечение вопросов информатизации системы обязательного медицинского страхования; создание и развитие прикладных информационных систем в сфере обязательного медицинского страхования; обеспечение информационной безопасности и защиты информации.

В 2014 году деятельность Федерального фонда осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 2 декабря 2013 года № 321-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов», иными федеральными законами и подзаконными нормативными правовыми актами Российской Федерации.

Работникам системы обязательного медицинского страхования вручены государственные награды и ведомственные знаки отличия



За достигнутые успехи в деле обеспечения государственной безопасности Российской Федерации награжден Медалью ордена «За заслуги перед Отечеством» II степени

Кувалдин Александр Игоревич – заместитель председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования



За многолетний добросовестный труд награждена нагрудным знаком «Отличник здравоохранения»

Сивцева Мария Георгиевна – начальник Управления медико-экономического контроля и экспертизы качества медицинской помощи Московского городского фонда обязательного медицинского страхования



За многолетний добросовестный труд и заслуги в развитии и совершенствовании системы обязательного медицинского страхования награждена Почетной грамотой Министерства здравоохранения Российской Федерации

Леонтьева Вера Геннадьевна – ведущий специалист государственного учреждения «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Волгоградской области»

Новые кадровые назначения

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Крым



Старцева Наталья Александровна, 1975 г.р., назначена на должность и.о. директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Крым на основании Распоряжения Совета министров Республики Крым от 16.06.2014 № 529-р.

В 1998 г. окончила Российский государственный гуманитарный университет по специальности «Организация и технология защиты информации», квалификация «Менеджер».

В 2001 г. окончила Государственный университет – Высшая школа экономики по специальности «Финансы и кредит», квалификация «Экономист».

В 2013 г. окончила ФГБОУ ВПО «Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации» по специальности «Государственное и муниципальное управление», квалификация «Менеджер».

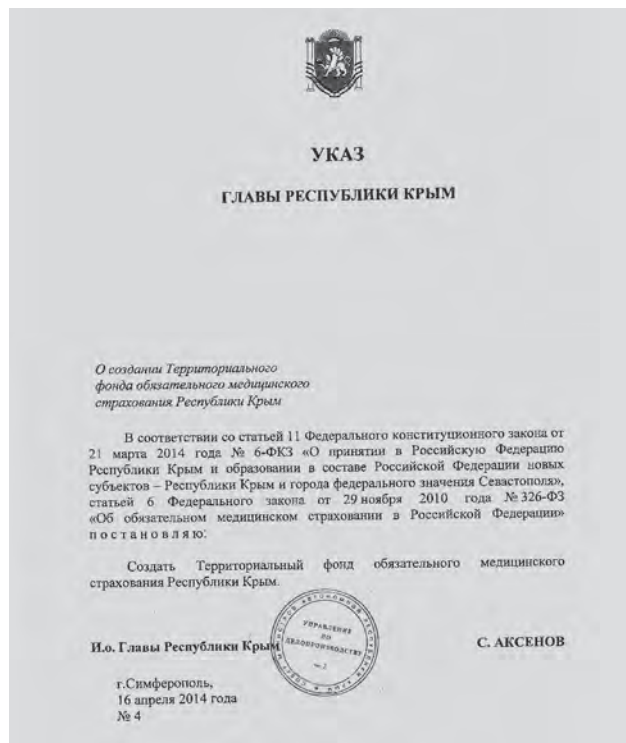
1992-1995 гг. – бухгалтер-расчетчик, главный бухгалтер ТОО «Фирма «Эковент Лтд»;

1996-2006 гг. – бухгалтер, главный бухгалтер, финансовый консультант «Смит Кляйн Бичем (экспорт) Лтд»;

2006-2012 гг. – финансовый директор, генеральный директор ООО «Архимед»;

2012-2014 гг. – директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Новосибирской области.

С 15.04.2014 г. по 11.06.2014 г. – заместитель начальника Управления организации ОМС Федерального фонда обязательного медицинского страхования.



Территориальный фонд обязательного медицинского страхования города Севастополя



Гроздова Татьяна Юрьевна назначена на должность директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования города Севастополя на основании Распоряжения Правительства Севастополя от 11.06.2014 г. № 33.

Гроздова Т.Ю. 1958 года рождения. Образование высшее. В 1982 г. окончила с отличием Саратовский государственный медицинский институт по специализации «Врач-педиатр».

В 2002 г. прошла профессиональную переподготовку в Поволжской академии государственной службы им. П.А. Столыпина по программе «Государственное и муниципальное управление». Доктор медицинских наук, профессор кафедры организации здравоохранения, общественного здоровья и медицинского права ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет» Минздрава.

С 1984 по 1986 гг. – врач-педиатр 3-го отделения стационара Детской больницы Энгельсского Горздравотдела.

С 1986 по 1987 гг. – школьный врач педиатр Детской больницы г. Балашова. С 1987 по 1989 гг. – врач-ординатор кафедры госпитальной педиатрии Саратовского государственного медицинского университета. С 1989 по 1992 гг.

– аспирант кафедры госпитальной педиатрии Саратовского государственного медицинского университета.

С 1992 по 1996 гг. – ассистент кафедры госпитальной педиатрии Саратовского государственного медицинского института. С 1997 по 2001 гг. – заместитель главного врача по лечебной работе государственного учреждения здравоохранения «Саратовская областная клиническая детская больница». С 2001 по 2002 гг. – начальник управления охраны здоровья матери и ребенка Министерства здравоохранения Саратовской области. С 2002 г. по 2003 гг. – профессор кафедры пропедевтики детских болезней Саратовского государственного медицинского университета. С 2003 по 2005 гг. – заместитель главного врача по медицинской части Клинической больницы № 3 Саратовского государственного медицинского университета. С 2006 г. – по 2014 гг. – заместитель директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Саратовской области.

2000 г. – награждена почетным знаком губернатора Саратовской области «За милосердие и благотворительность» (постановление губернатора Саратовской области от 07.08.2000 г. № 326).

2001 г. – награждена орденом «Почета» Указом Президента Российской Федерации от 12 марта 2001г.

2001 г. – награждена нагрудным знаком «Отличнику здравоохранения» за заслуги в области здравоохранения (Приказ Министерства здравоохранения Саратовской области от 13.04.2001 г. № 675-л).

2010 г. – награждена Почетной грамотой Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации за многолетний и добросовестный труд и заслуги в развитии и совершенствовании системы обязательного медицинского страхования (приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 декабря 2010 г. № 1028)

2013 г. – вручен памятный знак «20 лет обязательному медицинскому страхованию в Российской Федерации»



Всероссийское совещание «Создание единой модели профилактики неинфекционных заболеваний и формирование здорового образа жизни»

6 июня 2014 г., г. Екатеринбург



«Вопросы долголетия, сохранения человеческого потенциала в том числе через бережное отношение граждан к своему здоровью являются абсолютным приоритетом для проводимой в государстве социальной политики», – это отметили руководители Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования на совещании «Создание единой модели профилактики неинфекционных заболеваний и формирование здорового образа жизни», состоявшемся 6 июня 2014 г. в г. Екатеринбурге.

С докладами на совещании выступили министр здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцова, заместитель министра Т.В. Яковлева, председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко, руководители федеральных научно-исследовательских институтов. В своих выступлениях участники совещания проанализировали российский опыт развития профилактического направления в здравоохранении, рассказали о лучших региональных наработках и озвучили предложения по дальнейшей реализации мер профилактики неинфекционных заболеваний. В частности, была отмечена высокая эффективность проводимой в стране программы всеобщей диспансеризации

(в 2013 году в ней приняли участие свыше 35 миллионов россиян). Анализ показывает, что вовремя проведенные исследования позволяют выявить хронические заболевания на ранней стадии, а значит – увеличить продолжительность и улучшить качество жизни россиян.

Министр здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцова высоко оценила результаты, достигнутые в последние годы в Свердловской области в сфере профилактики заболеваний, в том числе — в эффективном применении инновационных механизмов работы:

«Свердловская область выбрана местом проведения всероссийского совещания не случайно. Регион достиг впечатляющих результатов за последние годы в сфере профилактики: очень много применяется инновационных механизмов профилактики, очень много комплексных межведомственных мероприятий было организовано».

Министр здравоохранения Российской Федерации подчеркнула, что формирование здорового образа жизни вносит весомый вклад в состояние здоровья граждан и в снижение смертности. Эффективность этой работы зависит от хорошо налаженного межведомственного взаимодействия, однако ведущую роль здесь все же играют представители сферы здравоохранения. «Только они могут вычленив в каждой отрасли здоровьесберегающие сегменты, их гармонизировать и выступить в роли дирижера, организовав этот «оркестр» из здорового питания, развития массовой физкультуры и спорта и так далее», — подчеркнула В.И. Скворцова.

Губернатор Е.В. Куйвашев, выступая на совещании, отметил, что Свердловская область является одним из лидеров Российской Федерации по многим направлениям здравоохранения, в числе которых — развитие высокотехнологичной медпомощи, производство отече-

ственных медицинских препаратов и медицинской техники, реализация демографических программ и другие. На Среднем Урале особое внимание уделяется вопросам здорового образа жизни как основному резерву в борьбе за улучшение качества и продолжительности жизни людей.

«Когда мы говорим о здоровом образе жизни как главном условии устойчивого развития государства, мы хорошо понимаем, что развитие здравоохранения — это важная, но не единственная задача. Противостоять вредным привычкам, укрепить в обществе приоритеты здорового образа жизни — это задача комплексная и решать ее нужно всем миром», — подчеркнул Е.В. Куйвашев.

С этой целью в Свердловской области внедряется проект «Будущее без табака». Уже в текущем году проведено пять обучающих семинаров для координаторов программы «Медицина без табака». В регионе традиционно проходит Уральский конгресс по здоровому образу жизни, который в последние годы проводится совместно со всероссийскими и международными форумами.

Важно доступно и образно объяснять молодежи, что курение, пьянство, наркотики и безделье — это образ жизни неудачников, людей слабых и безвольных, не способных построить карьеру, создать крепкую семью, добиться успеха в жизни. Именно на профилактику направлена реализация программы «Сохранение и укрепление здоровья подростков», внедренная в семи муниципалитетах региона.

Формирование культуры здорового образа жизни проходит на Среднем Урале и по другим направлениям: строятся школьные стадионы, спортивные площадки, работают спортивные секции. «Здоровый образ жизни — это правильное семейное воспитание и качественное питание в школе, массовые спортивные акции и патриотические программы, это умные талантливые тренеры и наставники, это чистые дворы и улицы», — убежден Е.В. Куйвашев.

Заместитель полномочного представителя Президента Российской Федерации в Уральском Федеральном округе А.П. Моисеев отметил, что вопросам государственной семейной политики, формированию здорового образа жизни и исполнению соответствующего «майского» указа главы государства самое пристальное внимание уделяется на территории всего Уральского федерального округа: «Сегодня можно с уверенностью говорить о стабилизации демографической ситуации в Уральском федеральном округе и устойчивой положительной динамике по приросту населения».

Директор регионального Центра медицинской профилактики С.В. Глуховская рассказала о структуре работы системы профилактики заболеваний, о тех методических и организационных разработках, которые на данный момент являются уникальными для России. В.И. Скворцова совместно с председателем Правительства Свердловской области Д.В. Паслером приняли участие в работе Школы отказа от курения, которая по системе видеотрансляции

проводила занятия не только для волонтеров Екатеринбургa, но и для добровольных молодых помощников в Горнозаводском округе (студия выходила на связь из Нижнего Тагила) и Южном округе (студия в Каменске-Уральском).

Результаты работы в области отказа от курения превышают даже международные стандарты. А именно: через год после прохождения школы 39% выпускников не возвращаются к вредной привычке (международный стандарт – 30% через полгода). Ноу-хау свердловчан является система работы со школьниками, а также взрослыми людьми таких категорий, как жены и домохозяйки, которая также дает высокие результаты.

В региональном сосудистом центре Областной клинической больницы № 1 В.И. Скворцова, высоко оценила результаты работы по проведению телеконсультаций, выполнения сложнейших диагностик и операций. Так, к примеру, по федеральным дорожным картам процент проведения тромболитической терапии при предынсультных состояниях к 2015 году должен достигнуть уровня 2,5, в Свердловской области он уже сегодня составляет 2,6%. При этом 60% пациентов выписываются без инвалидизации.

«Свердловская область – это один из передовых в нашей стране регионов, который сумел все лучшие наработки по профилактике сконцентрировать и детально развить. Результатом этого явилось стабильное снижение смертности по всем основным видам заболеваний и одни из самых низких показателей младенческой и детской смертности. В регионе сформировалась оригинальная, замечательная школа профилактиков, которые возглавляют областной центр профилактической медицины, которые координируют все областные центры, работают с детьми и взрослыми разных категорий. Уникальность в том, что центр сплотил вокруг себя огромную армию волонтеров, студентов-медиков и студентов вузов и училищ. И это та сеть, которая пронизывает всю Свердловскую область, и где применяются самые передовые технологии», – отметила В.И. Скворцова.

Она также отметила, что такое неформальное общение коллег из разных регионов России, когда есть возможность представить лучшие практики, задать вопросы, порой, жесткие вопросы, что было сделано в формате мероприятий в Свердловской области – очень важно.

«Я благодарю министра, Веронику Игоревну Скворцову, за выбор Свердловской области для проведения всероссийского совещания. Сегодня мы услышали доклады руководителей федерального министерства, коллег из региональных министерств, интереснейшие доклады. Видел, как общаются коллеги, почувствовал актуальность встречи, увидел новые для себя темы и направления. Мы надеемся, что это не последнее мероприятие такого уровня, которое принимает Свердловская область, так как это для нас существенный импульс в развитии», – сказал председатель правительства Свердловской области Д.В. Паслер.

Финансовые механизмы активизации по формированию здорового образа жизни и профилактике неинфекционных заболеваний

Н.Н. Стадченко

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования



Н.Н. Стадченко
Председатель
Федерального фонда
обязательного
медицинского
страхования

Сохранение и укрепление здоровья населения на основе развития профилактических направлений, формирование здорового образа жизни являются важнейшими приоритетными направлениями государственной политики в целях обеспечения устойчивого социально-экономического развития Российской Федерации.

Основной задачей профилактики является формирование здорового образа жизни населения посредством информирования о факторах риска неинфекционных заболеваний, мотивирования к ведению здорового образа жизни, обеспечения для этого условий, а также привлечение работодателей к проблеме профилактики. Реализация указанного направления возможна только на основе взаимодействия, предполагающего объединение усилий органов законодательной и исполнительной власти, различных ведомств, общественных структур, религиозных организаций.

Во исполнение указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» в рамках реализации Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года, Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года продолжается реализация комплекса мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у населения Российской Федерации.

Наиболее эффективными механизмами реализации поставленных задач являются: диспансеризация, медицинские осмотры детского и взрослого населения, направленные на раннюю диагностику заболеваний, в том числе социально-значимых.

С 2006 по 2012 годы финансирование диспансеризации отдельных категорий граждан осуществлялось за счет средств, предусматриваемых в виде межбюджетных трансфертов из федерального бюджета.

С 2013 года изменился источник финансирования диспансеризации. В настоящее время данные мероприятия финансируются из средств обязательного медицинского страхования в рамках реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

В соответствии со статьей 3 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в страховой случай, при наступлении которого застрахованному лицу предоставляется страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию, включены профилактические мероприятия.

Впервые в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования установлены объемы оказания профилактической помощи (диспансеризация определенных групп населения, диспансерное наблюдение и профилактический осмотр).

Также с 2013 года расширился список профилактических направлений, увеличилось количество и охват застрахованных лиц, подлежащих профилактическим мероприятиям.

Так, с 2006 по 2012 годы:

- диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;
- дополнительная диспансеризация работающих граждан.

С 2013 года:

- диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительства), в приемную или патронатную семью;
- медицинские осмотры несовершеннолетних, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них;
- диспансеризация определенных групп взрослого населения;
- профилактические медицинские осмотры взрослого населения.

Порядки проведения диспансеризации, медицинских осмотров установлены приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации:

- приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 февраля 2013 года № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации»;
- приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 апреля 2013 года № 216н «Об утверждении порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительства), в приемную или патронатную семью»;

- приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 года № 1346н «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них»;
- приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 декабря 2012 года № 1006н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения»;
- приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 декабря 2012 года №1011н «Порядок проведения профилактических медицинских осмотров взрослого населения».

В соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 18 октября 2013 г. № 932 (далее – Программа), профилактические мероприятия оказываются в рамках первичной медико-санитарной помощи.

По данным мониторинга, осуществляемого Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, по состоянию на 20 июня 2014 года профилактические мероприятия проводятся в 84 субъектах Российской Федерации. В ее реализации участвует 5788 медицинских организаций.



Для оплаты медицинской помощи в амбулаторных условиях предусмотрены следующие способы: за посещение, за законченный случай, за обращение.

Для каждой категории населения предусмотрены индивидуальные объемы профилактических мероприятий.

Исходя из этого, в каждом субъекте Российской Федерации расчет стоимости тарифа осуществляется за законченный случай, или за посещение, или обращение с учетом дифференциации в зависимости от объема диспансеризации по полу и возрасту, установленных порядками, регламентирующими реализацию диспансеризации, медицинских осмотров и тарифы на профилактические мероприятия устанавливаются тарифным соглашением между органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченным высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации, территориальным фондом обязательного медицинского страхования, страховыми медицинскими организациями, медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, созданными в соответствии со статьей 76 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», и профессиональными союзами медицинских работников или их объединениями (ассоциациями), включенными

в состав комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, создаваемой в субъекте Российской Федерации.

Оплата первого этапа диспансеризации производится по законченному случаю. Расчет стоимости тарифа первого этапа осуществляется за законченный случай с учетом дифференциации в зависимости от объема диспансеризации по полу и возрасту, установленного Приказом.

Оплата второго этапа диспансеризации осуществляется за посещение или законченный случай, включая посещения к конкретным специалистам и объемы исследований по направлению данных специалистов.

Законченный случай, состоящий из первого и второго этапов диспансеризации, медицинского осмотра, включает в себя осмотр врачами-специалистами, выполнение лабораторных, инструментальных и иных исследований, а также проведение дополнительных консультаций, исследований и (или) получение информации о состоянии здоровья несовершеннолетнего из других медицинских организаций.

Расчет стоимости тарифа случая диспансеризации, медицинского осмотра, состоящего из одного этапа (I этап) или из двух этапов (I и II этапы), осуществляется за законченный случай с учетом дифференциации в за-





Проведение профилактических мероприятий в 2010–2014 годах



висимости от объема диспансеризации, медицинского осмотра по полу и возрасту, а также за посещение или за отдельные медицинские услуги для каждого случая диспансеризации, медицинского осмотра.

С 2013 года Программой установлены:

- норматив объема профилактических мероприятий;
- норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи в амбулаторных условиях с профилактической целью на 1 застрахованного, включая посещения в связи с диспансеризацией определенных групп населения, профилактическим осмотром.

Программой предусмотрено ежегодное увеличение норматива объема и норматива финансовых затрат медицинской помощи с профилактической целью.

На финансовое обеспечение профилактических мероприятий с 2006 по 2012 годы было направлено 29,9 млрд рублей и проведены профилактические мероприятия в отношении 28,8 млн человек.

В 2013 году в рамках территориальных программ государственных гарантий только за счет средств обязательного медицинского страхования было направлено 34,6 млрд рублей и охват населения по профилактическим мероприятиям составил 32,2 млн человек.

Следует отметить, что объем средств обязательного медицинского страхования в 2013 году, направленных на оплату проведенных профилактических мероприятий, превысил на 11,8% объем средств, направленных на оплату проведенных профилактических мероприятий с 2006 по 2012 годы.

В 2014 году при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторно-поликлинических условиях по подушевому нормативу финансирования, оплата диспансеризации, медицинского осмотра не включается в размер подушевого норматива.

В целях персонализированного учета каждого случая медицинская организация направляет отдельно реестры счетов и счета за проведенные профилактические мероприятия в страховые медицинские организации в сроки, установленные договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, заключаемого между страховой медицинской организацией и медицинской организацией по форме, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 декабря 2012 года № 1355н.

Порядок формирования отдельных реестров счетов и счетов за проведенные профилактические мероприятия



установлен приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 7 апреля 2011 г. № 79 «Об утверждении общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования».

Страховые медицинские организации осуществляют оплату счетов с учетом контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по диспансеризации отдельных категорий граждан в соответствии с приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. № 230 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объема, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС» (в редакции от 16 августа 2011 года № 144).

В соответствии с требованиями нормативных правовых актов с 2013 года в субъектах Российской Федерации устанавливаются годовые планы проведения профилактических мероприятий с разбивкой по месяцам.

Так, в 2013 году количество граждан, прошедших профилактические мероприятия, составило 32,2 млн человек. В 2014 году плановое количество граждан, подлежащих профилактическим мероприятиям, составляет

49,8 млн человек, что на 54,7% больше, чем в 2013 году.

В 2014 году в 47 субъектах Российской Федерации к проведению диспансеризации определенных групп населения активно привлекаются мобильные медицинские бригады.

Мобильные медицинские комплексы предназначены для оказания выездной лечебно-диагностической помощи детскому и взрослому населению, в том числе для проведения мероприятий по диспансеризации, медицинским осмотрам, оснащены современными системами жизнеобеспечения и соответствующим медицинским оборудованием, обеспечивающими комфортные условия для качественного медицинского обслуживания населения в любых климатических и географических условиях.

Всего участвует в проведении профилактических мероприятий на территории Российской Федерации 1 375 бригад, в том числе: Омская область - 115 бригад, Республика Татарстан - 112, Рязанская область - 69, Кировская область - 68, Ивановская область - 64, Республика Башкортостан - 64.

Тарифы на оплату профилактических мероприятий, проводимых выездными мобильными бригадами, приняты по законченному случаю с учетом дифференциации в зависимости от объема диспансеризаций, по полу и воз-

расту, а также с учетом обеспечения деятельности данных бригад (учитываемые оснащение). В зависимости от назначения указанные комплексы оснащены флюорографами, маммографами, рентгеновскими аппаратами, офтальмоскопами, лабораторным оборудованием, оборудованием для гинекологии, урологии, кардиологии и др. В состав комплекса в зависимости от комплектации входят: лабораторный кабинет, кабинет терапевта, хирурга, фтизиатра, кабинет гинеколога, проктолога, уролога, кабинет офтальмолога, ЛОР-врача.

Так, в Новгородской области тариф для медицинских организаций, осуществляющих проведение профилактических мероприятий, установлен в размере 1 603,6 руб., а для мобильных медицинских бригад – 2 103,6 руб., что на 31,2% выше, чем для медицинских организаций; Чувашская Республика – 1 132,6/1 510,9 руб. (на 33,4%); Липецкая область – 1 262,92/1 578,65 (на 25%); Тюменская область – 1 3083,30/2 332,39 (на 78,3%); Тверская область – 1 306,56/1 092,33 (на 19,6%); Сахалинская область – 1 414,9/1 712,0 руб. (на 20,9%).

Данные проводимого мониторинга по реализации профилактических мероприятий могут служить основанием для принятия решения по стимулирующим выплатам и установлению их размера конкретно для каждой медицинской организации.

В субъектах Российской Федерации должны быть разработаны локальные акты по стимулированию труда медицинских работников, проводящих профилактические мероприятия.

Медицинскими организациями в положении по оплате труда должны быть включены выплаты стимулирующего характера медицинским работникам за проведенные профилактические мероприятия.

Территориальные фонды могут предусматривать средства на выплаты стимулирующего характера медицинским организациям за выполнение установленных целевых значений доступности и качества медицинской помощи согласно приказу Федерального фонда от 1 декабря 2010 г. № 227 «О порядке использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования».

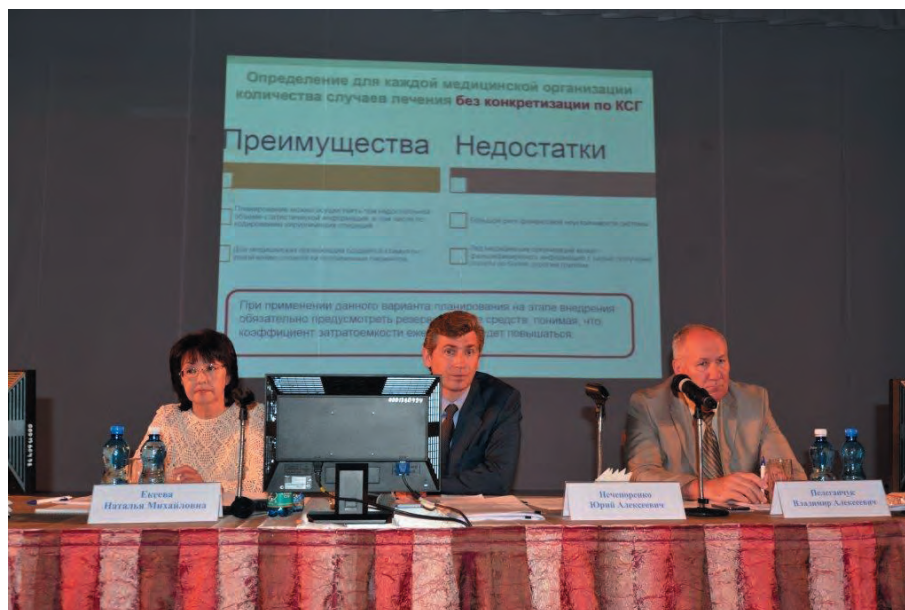
Средства нормированного страхового запаса, направляемые на указанные выплаты, не могут превышать 10% общего размера средств нормированного страхового запаса. Данные проводимого мониторинга по реализации профилактических мероприятий могут служить основанием для принятия решения по стимулирующим выплатам и установлению их размера конкретно для каждой медицинской организации.

По результатам анализа информации, предоставляемой территориальными фондами обязательного медицинского страхования по профилактическим мероприятиям, Федеральным фондом обязательного медицинского страхования проводится методическая работа с субъектами Российской Федерации:

- территориальным фондам обязательного медицинского страхования направлены письма по формированию, расчету тарифов и оплате профилактических мероприятий;
- внесены изменения в приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 7 апреля 2011 г. № 79 «Об утверждении общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования» в части порядка формирования отдельных реестров счетов и счетов за проведенные профилактические мероприятия;
- в заключениях на программы развития здравоохранения учитывались в том числе тарифы, установленные на оплату профилактических мероприятий;
- по итогам реализации профилактических мероприятий в 2013 году губернаторам субъектов Российской Федерации, не достигших выполнения плановых показателей по профилактическим мероприятиям, направлены письма о важности и актуальности развития профилактических направлений как механизма сохранения и укрепления здоровья населения и недопущению срыва выполнения плановых показателей в 2014 году по профилактическим мероприятиям.

Всероссийская конференция по реализации обязательного медицинского страхования

19-12 июля 2014 г., г. Горно-Алтайск



В президиуме: Н.М. Екеева – первый заместитель председателя Правительства Республики Алтай, Ю.А. Нечепоренко – заместитель председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования, В. А. Пелеганчук – министр здравоохранения Республики Алтай

В г. Горно-Алтайске 10-12 июля Федеральным фондом обязательного медицинского страхования проводилась Всероссийская конференция «Реализация обязательного медицинского страхования» с участием директоров территориальных фондов обязательного медицинского страхования. В работе конференции также принимали участие первый заместитель председателя Правительства Республики Алтай Н.М. Екеева и министр здравоохранения Республики Алтай В.А. Пелеганчук. Руководил работой конференции заместитель председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования Ю.А. Нечепоренко.

В приветственном слове Наталья Екеева отметила, что в Республике Алтай регулярно проводятся мероприятия всероссийского и международного значения, а конференция по вопросам реализации обязательного медицинского страхования в масштабе всей России проводится впервые. Государственная политика в социальной сфере, проводимая Президентом и Правительством РФ, также Правительством Республики Алтай направлена на сохранение здоровья граждан, улучшение демографической ситуации, создание эффективной системы профилактической медицины, обеспечение доступности и

качества медицинской помощи и достойного уровня заработной платы медицинских работников.

«В регионе многое делается в сфере здравоохранения. Практически во всех районах республики построены новые больницы, оснащенные современным оборудованием, открылась обновленная детская поликлиника, ведется строительство нового корпуса детской больницы. Целенаправленная государственная политика по увеличению финансовых средств, направляемых на медицину как в рамках программы «Здоровье», так и по программе модернизации здравоохранения, а также в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, позволила в разы увеличить доступность и качество предоставления медицинской помощи. Благодаря профессиональному подходу руководства территориального фонда, доходы организации растут с каждым годом: в 2013 году они у нас составляли 2 млрд 400 млн рублей, это в 5,5 раз больше, чем в 2005 году», – отметила Наталья Екеева.

По словам первого заместителя председателя Правительства Республики Алтай, рассматриваемые на конференции вопросы очень важны, поскольку обязательное медицинское страхование определяет качество жизни



Участники Всероссийской конференции по реализации обязательного медицинского страхования

населения, а в частности занимается удовлетворением базовой потребности человека – его здоровья. «Мы понимаем, что в рамках реализации программы модернизации здравоохранения еще есть проблемы, мероприятия такого уровня позволяют эти проблемы выявить и обсудить, что, несомненно, послужит тому, чтобы успешно преодолевать все трудности. Наш регион по части вопросов отмечен с положительной стороны, к примеру, по повышению заработной платы всем категориям медицинских работников», – сказала Наталья Екеева.

Владимир Пелеганчук ознакомил участников конференции с основными показателями здоровья населения Республики Алтай и перспективными задачами, поставленными перед здравоохранением республики.

В своем докладе министр здравоохранения Республики Алтай достаточно подробно остановился на вопросах демографии. В частности, отметил: «Рождаемость в регионе сохраняется на высоких цифрах (21,0 на 1000 населения, в 2012 году – 22,4;). Общая смертность населения снизилась на 9% в сравнении с 2012 годом (11,4 на 1000 населения, в 2012 году – 12,5). По причинам смерти на 1 месте по-прежнему находятся болезни системы кровообращения – 45% (505,3 на 100 тыс. нас.,

в 2012 году – 528,7). На 2 месте стоят травмы и отравления – 32% (217,2 на 100 тыс. нас., в 2012 году – 255,0), на 3 месте – новообразования – 14% (152,8 на 100 тыс. нас., в 2012 г. – 142,3). Показатель младенческой смертности в 2013 году составил 12,8 (в 2012 году – 13,0).

Естественный прирост населения в Республике Алтай стабильно положителен и составляет + 9,6».

В рамках работы конференции заместителем председателя ФОМС Ю.А. Нечепоренко были вручены почетные грамоты Федерального фонда ОМС главному специалисту Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Алтай Лебедеву Алексею и главному бухгалтеру Турачакской районной больницы Нехорошевой Ольге. От имени Правительства Республики Алтай Наталья Екеева вручила Благодарственное письмо Федеральному фонду ОМС и почетную грамоту главному специалисту ТФОМС Республики Алтай Печерской Ольге.

УДК 614.2

Современные информационные системы как инструмент повышения эффективности управления процессами обязательного медицинского страхования

Г.А. Антонова

Территориальный фонд ОМС Московской области



Г.А. Антонова

Резюме

В статье рассматриваются вопросы информационно-технологического обеспечения взаимодействия участников системы обязательного медицинского страхования Московской области. Сформулированы принципы решения задач по совершенствованию региональной информационной системы. Акцентировано внимание на функциональных особенностях типовой автоматизированной системы управления процессами обязательного медицинского страхования («ТАСУ ОМС»), построенной на платформе про-

мышленной СУБД. Представлена информация о возможностях административного веб-ресурса «Электронного организатора», позволяющего руководству в оперативном режиме отслеживать и сопоставлять основные показатели деятельности участников системы ОМС.

Ключевые слова: информационная система, программное обеспечение, персонифицированный учет сведений о застрахованных лицах и оказанной им медицинской помощи, электронный сервис.

Abstract

Contemporary information systems as a tool of efficiency increase in management of processes of obligatory medical insurance

G.A. Antonova

The Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Moscow region

The article considers issues of an information and technological support of interaction between participants of the system of obligatory medical insurance of the Moscow region. The article formulates the principles of the tasks solution on improvement of regional information system. The attention is focused on the functional features of the typical automated system of processes management in obligatory medical insurance («TAS OMI»), constructed on the platform of industrial database. There is

provided information about the possibilities of web-based administrative resource «Electronic organizer», which allows the leadership in online mode to monitor and compare the basic indicators of activity of participants of the OMI system.

Key words: information system, software, personified records of insured persons and care provided to them, electronic service (e-service).

Губернатором Московской области А.Ю. Воробьевым, Правительством Московской области поставлена задача вывести Московскую область в регионы-лидеры. Не в последнюю очередь это относится к сферам здравоохранения и обязательного медицинского страхования.

На сегодняшний день в Московской области по обязательному медицинскому страхованию застраховано 7,5 млн. человек, работает 9 страховых медицинских организаций, 370 медицинских организаций, объем финансирования Московской областной программы ОМС на 2014 год составляет 75 млрд. руб. Ежегодно регистрируется до 80 млн. страховых случаев. ТФОМС МО работает на территории с высоким уровнем потребностей населения в доступной и качественной медицинской помощи: географическая близость к столице, 51 государственное учреждение здравоохранения федерального уровня и др. – еще выше поднимают планку требований ко всем участникам системы ОМС Подмоскovie в части качественного и своевременного выполнения законодательных обязательств.

В этих условиях обслуживание значительных финансовых потоков и сложных организационных процессов требует самого современного, надежного и качественного информационно-технологического обеспечения.

Информатизация в сфере обязательного медицинского страхования Московской области прошла двадцатилетний путь эволюционного развития. Было время, когда регистр застрахованных собирался по крупицам из разрозненных баз данных страховых компаний, когда лечебно-профилактические учреждения не могли самостоятельно, без помощи инженеров и экономистов из СМО, сформировать счет за оказанные медицинские услуги. Сегодня областная информационная система обязательного медицинского страхования выглядит как распределенная сеть сотен серверов и тысяч персональных компьютеров, взаимодействующих между собой в круглосуточном автоматическом режиме под управлением программных роботов. При этом обеспечивается соответствующая всем требованиям законодательства защита персональных данных и врачебной тайны.

Московская область, как и другие субъекты РФ, в сфере информационно-технологического обеспечения руководствуется приказом ФОМС от 26.12.2013 г. № 276, утвердившим третью редакцию «Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования». В «Общих принципах» обобщен и систематизирован опыт некогда стихийной информатизации процессов обязательного медицинского страхования, разработан и утвержден

единый язык информационного взаимодействия участников обязательного медицинского страхования, территориальных фондов между собой, региональных и центрального сегментов единого регистра застрахованных лиц. Для каждого из участников четко обозначен функциональный состав информационных систем, разработаны требования к использованию федеральной и региональной нормативно-справочной информации. В условиях Московской области это весьма важно, так как взаиморасчеты по межтерриториальной помощи ТФОМС МО ведет практически со всеми субъектами РФ. Так, в течение I квартала 2014 г. в адрес других территориальных фондов было отправлено 249 электронных реестров счетов в едином федеральном формате. При отсутствии единого технического языка взаимодействия территориальных фондов, утвержденного ФОМС, для рассмотрения и оплаты счетов на бумажных носителях потребовалось бы гораздо больше ресурсов.

Вместе с тем, хочется отметить, что «Общие принципы» учитывают особенности реализации региональных программ обязательного медицинского страхования, существенные различия в экономическом статусе регионов, географические аспекты, возможности кадрового обеспечения, что отражается на применении подходов к решению задач информационно-технологического обеспечения ОМС.

Нам выпала удача работать в высокоразвитом регионе с серьезными финансовыми возможностями и большими амбициями, что обязывает нас к глубокой проработке и анализу управленческих процессов.

Так, в части информатизации системы ОМС Подмоскovie мы придерживаемся следующих принципов.

- Информационные системы должны быть промышленного уровня, что предполагает применение надежной производительной техники, современных телекоммуникаций, лучшего системного и прикладного программного обеспечения. Для этого задачи

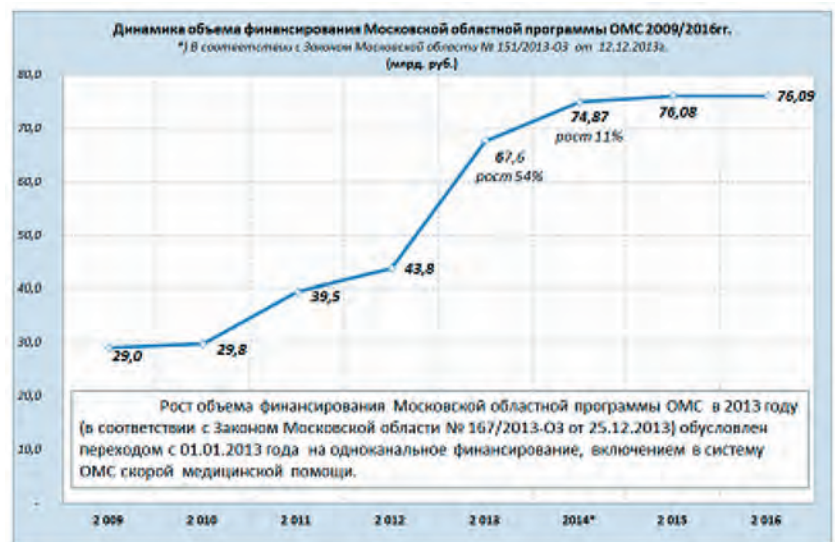


Рис. 1. Динамика роста объема финансирования Московской областной программы ОМС

информатизации решаются на основании типовых технических проектов, разработанных в соответствии с требованиями российских и международных стандартов. Важные стадии жизненного цикла информационных систем, такие как опытная и промышленная эксплуатация, отмечаются соответствующими распорядительными документами. Перед вводом в строй закупаемая медицинскими организациями техника по большей части подвергается стендовым испытаниям и настройке, что позволяет выявить значительную часть дефектов и своевременно устранить их.

- На всех этапах жизненного цикла информационной системы должна обеспечиваться законность использования интеллектуальной собственности, патентная чистота. Все отношения между разработчиками, собственниками и пользователями программного обеспечения строятся на основании лицензионных договоров и соглашений, контрактов, приказов ТФОМС МО и Министерства здравоохранения Московской области.
- Для взаимодействия конечного пользователя и команды разработчиков необходимо применение современных веб-сервисов и удаленного доступа для администрирования, что позволяет снижать эксплуатационные расходы и совокупную стоимость владения системой.
- Информационная система должна не только автоматизировать целенаправленную деятельность персонала, но и отвечать задачам управления по стадиям управленческого цикла, известного как цикл Деминга: планирование – исполнение – контроль – регулирование; предоставлять руководителю аудио-визуальную информацию о состоянии дел в виде удобных представлений индикаторов и показателей результатов работы.
- Необходимо обеспечивать совместимость решений и интеграцию в региональный



Рис. 2. Автоматизированная идентификация застрахованного лица в регистратуре поликлиники

сегмент единой государственной информационной системы в здравоохранении.

Реализация вышеобозначенных принципов способствует привлечению к работе на конкурсной основе лучших разработчиков и специалистов по сопровождению при условии обеспечения преемственности исходного кода и программно-технологической документации.

Традиционно главный фокус внимания специалистов направлен на автоматизацию персонифицированного

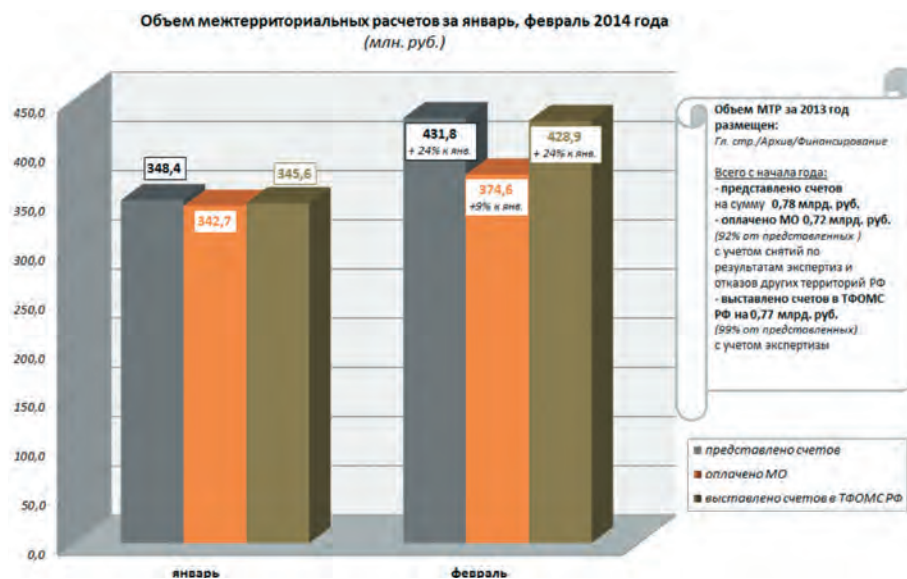


Рис. 3. Значительный объем межтерриториальных расчетов требует глубокой информатизации всех процессов



Рис. 4. Серверное оборудование единого хранилища данных ОМС Московской области

учета сведений о застрахованных лицах и оказанной им медицинской помощи. Для решения этих задач Подмосковье располагает самой современной региональной информационной системой, начиная с рабочих мест регистраторов, врачей, операторов и заканчивая сервисами Центра обработки данных и мониторинга процессов ОМС Территориального фонда обязательного медицинского страхования Московской области. Система построена с учетом требований национальных и международных

стандартов и рекомендаций, обеспечивающих высокое качество, надежность, сопровождаемость и совместимость со смежными системами. В соответствии с требованиями Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в РФ» осуществляется юридически значимый электронный документооборот. Все информационные сообщения, содержащие сведения и изменения сведений о застрахованном лице и оказанной медицинской помощи, подписываются электронной подписью уполномоченного лица и шифруются с помощью сертифицированных программных средств криптографической защиты информации.

Центральное ядро системы персонифицированного учета образовано фермой промышленных программных роботов, размещенной на отказоустойчивом кластере из 5 производительных серверов в ТФОМС МО. Роботы поддерживают круглосуточный автоматический режим электронного почтового взаимодействия участников ОМС, осуществляют форматно-логический контроль входящих данных, идентификацию страховой принадлежности застрахованных лиц, обслуживают хранилище информации и предоставляют сервисы для ответов на запросы. В обязанности обслуживающего персонала входит мониторинг процессов, аналитическая деятельность, разрешение конфликтных и внештатных ситуаций.

В медицинских организациях на протяжении пяти лет в режиме промышленной эксплуатации применяется типовая автоматизированная система управления процессами обязательного медицинского страхования «ТАСУ ОМС», лицензии на которую без ограничения числа серверных и рабочих мест бесплатно переданы всем медицинским организациям – юридическим лицам. Решение о вводе системы в промышленную эксплуатацию было принято в 2009 году совместным приказом Министерства здравоохранения Московской области и Государственного учреждения Московской области «Московский областной фонд обязатель-



Рис. 5. Учебно-практический семинар по информационным технологиям в ОМС в г. Жуковский

ного медицинского страхования в Российской Федерации».

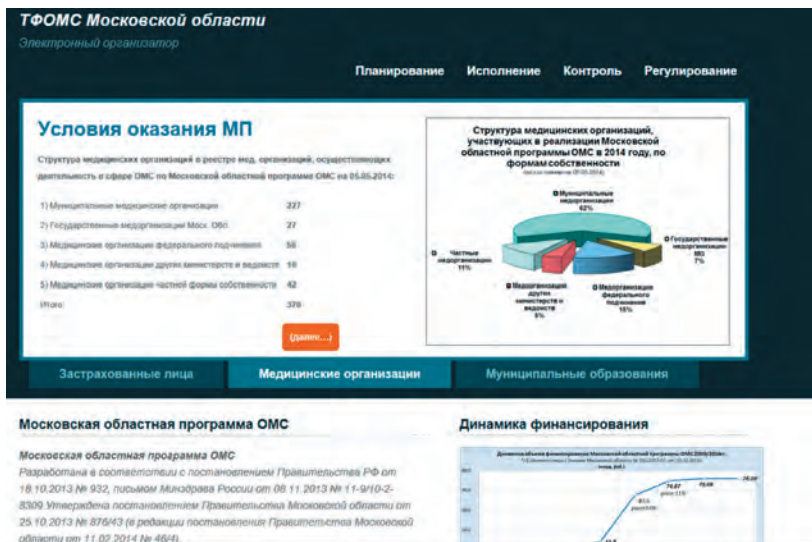


Рис. 6. «Электронный организатор» - надежный помощник руководителя

ного медицинского страхования». Тем самым были подтверждены требуемое качество программного изделия и приемлемый уровень зрелости учетно-отчетных процессов в медицинских организациях, достигнутый при внедрении системы.

Внедрение сложных территориально-распределенных информационных систем – весьма не тривиальная задача. Слишком разный подчас бывает уровень технической и кадровой оснащенности медицинских организаций. В этой связи ТФОМС МО был предпринят важный системообразующий шаг: развернут учебно-методический класс, оснащенный автоматизированными рабочими местами и современным демонстрационным оборудованием. В результате только на этапе внедрения ТАСУ ОМС на безвозмездной основе занятия в классе посетили несколько сотен сотрудников медицинских организаций. В дальнейшем нарабатанная практика учебно-методического взаимодействия сыграла положительную роль при вводе в систему ОМС станций скорой медицинской помощи и учреждений здравоохранения федерального подчинения. Занятия в классе продолжаются и сегодня.

ТАСУ ОМС построена на платформе промышленной СУБД. Для сопровождения и развития системы создана специальная среда управления проектом, в которой взаимодействуют отделы и специалисты, отвечающие за анализ требований и изменений, моделирование данных и процессов, разработку и тестирование программного кода, выпуск и тиражирование продукта. Принятая технология управления изменениями, как показала практика, позволяет самостоятельно распространять изменения ТАСУ ОМС специалистами медицинских организаций практически любой квалификации. Функционирует служба сопрово-

ждения в форме предоставления электронных услуг, оснащенная специальным веб-инструментом «Сервер проекта ТАСУ».

Главным результатом проведенных работ стало принципиальное изменение психологии как ИТ-специалистов, так и рядовых пользователей больниц и поликлиник, выраженное не только в освоении ими современного программного обеспечения, но и приемов и методов современной культуры сопровождения сложных информационных систем.

Не секрет, что качественные бесперебойные услуги связи для работы в сети Интернет не всегда доступны потребителям, в том числе в Московской области, особенно в сельских районах. С учетом этого обстоятельства в ТАСУ ОМС реализована технология «Облака 2.0», с

помощью которой медицинские организации, имеющие в своем составе несколько, иногда до 20 и более, территориально удаленных друг от друга структурных подразделений, ведут персонализированный учет оказанной медицинской помощи, консолидируя информацию на центральном сервере больницы, не особо заботясь о наличии доступа в Интернет в любой момент времени.

Для достижения оптимальных показателей результативности и эффективности в достижении целей системы обязательного медицинского страхования руководство ТФОМС МО придерживается принципов управления на основе ключевых показателей деятельности (KPI). За информационную поддержку этого процесса в Московской области отвечает уникальный веб-ресурс «Электронный

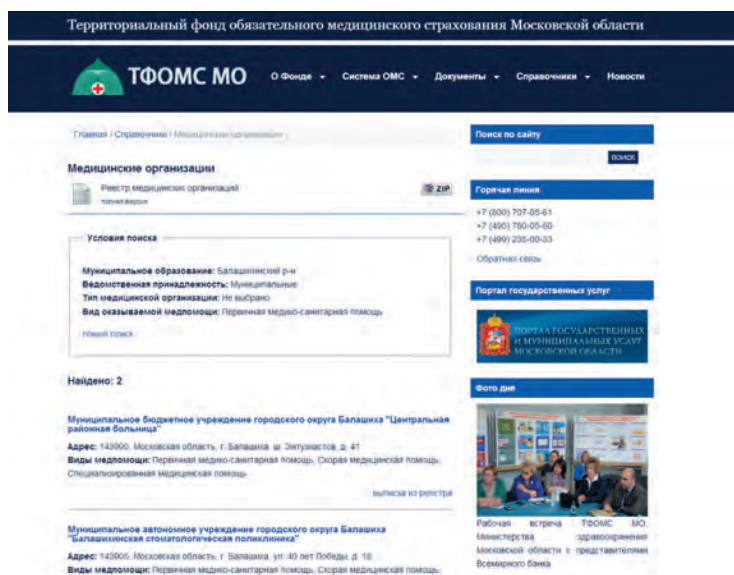


Рис. 7. Электронный сервис интерактивного доступа к реестру медицинских организаций на сайте ТФОМС МО

организатор». Он предоставляет руководству панель индикаторов, характеризующих деятельность фонда и участников ОМС как в целом, так и по трем основным направлениям работы в разрезе стадий вышеупомянутого управленческого цикла Деминга.

Главная страница ресурса предлагает посетителю ознакомиться с основными показателями системы: актуальная численность застрахованных, динамика объема финансирования Московской областной программы ОМС, динамика выдачи полисов единого образца и обеспеченность кадрами врачей-экспертов. Представлена информация о лечебной сети в разрезе ведомственной подчиненности, организационно-правовых форм собственности и медицинских округов. На тематических веб-страницах размещаются визуальные представления основных индикаторов управления процессами страхования, финансового обеспечения и защиты прав застрахованных лиц. Применяя Электронный организатор, руководитель быстро получает ответ на вопросы:

- Какие цели поставлены и что запланировано для их достижения?
- Какова динамика решения поставленных задач и достижения запланированных результатов?
- Что контролируем в процессе деятельности и каковы выводы?
- Что предпринимаем для устранения выявленных недостатков?
- Как скорректировать планы и методы достижения целей?

Электронный организатор доступен руководству везде, где есть Интернет, благодаря чему имеется возможность оперативного использования достоверной и исчерпывающей информации.

Сложившаяся в обществе субкультура Интернет заставляет потребителя услуг, в том числе медицинских, ориентироваться на отзывы, опубликованные в социальных сетях, на форумах, сайтах провайдеров услуг. Учитывая такую социальную потребность, ТФОМС МО разработан и внедрен электронный сервис «Реестр медицинских организаций», облегчающий навигацию пациенту в среде здравоохранения Московской области. Сервис доступен на официальном сайте фонда, позволяет быстро отыскать и применить официальную информацию об участнике ОМС, а также перейти на сайт медицинской организации по ссылке.

Вместе с тем разработано и внедрено в автоматизированную систему персонифицированного учета медицинской помощи ТАСУ ОМС прикладное программное обеспечение «Электронных социальных сервисов». Цель – сбор на регулярной основе первичных учетных данных, формирующих информационные профили медицинской организации и врача. Профили – это ряд показателей деятельности и компетенции, характеризующих ЛПУ или врача как субъектов предоставления медицинских услуг населению. На их основании в технологической среде Электронного организатора формируется банк медицинской информации и визуальные представления, доступные пользователю компьютера или инфомата в сети Интернет. На веб-ресурсах фонда в Сети публикуются отзывы, полученные посредством электронного сервиса «Обратная связь с пациентом», также интегрированного в информационную систему ОМС Московской области.

Подводя итог, отмечу, что еще очень многое в сфере информатизации процессов обязательного медицинского страхования предстоит сделать. В Московской области на этот счет далеко идущие планы по развитию информационной системы. Важно, чтобы руководители и специалисты, каждый на своем месте, помнили, что главная наша цель и генеральная линия – улучшение здоровья, качества и продолжительности жизни жителей Подмоскovie, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию.

Литература:

1. Стратегия развития информационного общества в РФ (Утв. Президентом РФ Путиным В.В. 07.02.2008 № Пр-212).
2. Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 № 326-ФЗ.
3. Приказ ФОМС от 26.12.2013 № 276 «О внесении изменений в приказ ФОМС от 07.04.2011 № 79».
4. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 28.04.2011 № 364 «Об утверждении концепции создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения».
5. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 25.01.2011 «Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования» №29н.
6. Приказ Минздрава Московской области и ТФОМС МО от 22.04.2013 № 419/63 «Об утверждении регламента прикладной обработки персональных данных застрахованных лиц при ведении персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам по Московской областной программе обязательного медицинского страхования».

Для корреспонденции:

Антонова Галина Александровна – директор Территориального фонда ОМС Московской области, к.э.н.
Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Московской области
Адрес: 115114, г. Москва, Дербеневская наб., д. 7, стр. 1, Тел.: 8 (495) 223-71-20, доб. 10-01. E-mail: general@mofoms.ru

For correspondence:

Galina A. Antonova – Director of the Territorial OMI Foundation of the Moscow Region, PhD in Economics
Tel.: (495) 223-71-20 (add. 10-01), E-mail: general@mofoms.ru
Address: 115114, Moscow, Derbenevskaya nab., 7, str. 1

УДК 614.2

Опыт разработки и применения методики оценки эффективности деятельности медицинских организаций с выплатой вознаграждений стимулирующего характера из средств нормированного страхового запаса ТФОМС Ростовской области

А.В. Решетников, Д.В. Евдокимов, Л.А. Агапонова

Территориальный фонд ОМС Ростовской области



А.В. Решетников



Д.В. Евдокимов



Л.А. Агапонова

Резюме

Государственная политика в сфере охраны здоровья граждан направлена на обеспечение доступности и качества медицинской помощи на основе оптимизации организации и повышения эффективности отрасли, в том числе деятельности медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования. Одним из рычагов увеличения заинтересованности медицинских организаций в повышении эффективности своей деятельности и создания предпосылок для роста уровня качества и доступности медицинской помощи является внедрение в субъектах Российской Федерации механизмов вознаграждения медицинских организаций за счет средств нормирован-

ного страхового запаса территориальных фондов обязательного медицинского страхования. В статье описан двухлетний опыт разработки и применения методики оценки эффективности деятельности медицинских организаций и выплат вознаграждений стимулирующего характера из средств нормированного страхового запаса территориального фонда ОМС Ростовской области.

Ключевые слова: вознаграждение медицинских организаций за счет средств нормированного страхового запаса территориальных фондов обязательного медицинского страхования, показатели доступности и качества медицинской помощи, методика оценки деятельности медицинских организаций.

Abstract

Experience of development and application of methods for estimation of activity efficiency for medical organizations with the remuneration payments of stimulating character from the funds normalized insurance reserve of the TFOMS of the Rostov region.

A.V. Reshetnikov, D.V. Evdokimov, L.A. Agapova

The Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Rostov region

State policy in the sphere of health protection of citizens is aimed at ensuring the accessibility and quality of medical care based on the optimization of the organization and efficiency of the industry, including the activity of medical organizations in the sphere of obligatory

medical insurance. One of the instruments to increase the interest of the medical organizations in improving the efficiency of its activities and creation of prerequisites for the growth of quality and accessibility of medical care is the implementation in the subjects of the Russian Federa-

tion reward mechanisms medical organizations at the expense of the normalized insurance reserve of territorial foundation of obligatory medical insurance. The article describes the two-year experience of development and application of methods of estimation of efficiency of activity of the medical organizations and payments of stimulating character from the means of normalized in-

surance reserve of territorial foundation of obligatory medical insurance of the Rostov region.

Key words: reward of medical organizations at the expense of the normalized insurance reserve of territorial foundation of obligatory medical insurance, indicators of the accessibility and quality of medical care, methods of assessment of medical organizations.

Новая законодательная база в сфере обязательного медицинского страхования дала новые возможности влияния на качество и доступность медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (ст. 26 ч. 3) установил, что порядок использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда ОМС определяется Федеральным фондом. Приказом ФОМС от 01.12.2010 № 227 «О порядке использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования» (пункт 5 приложения) определено, что «в составе нормированного страхового запаса могут предусматриваться средства на выплаты стимулирующего характера медицинским организациям за выполнение целевых значений доступности и качества медицинской помощи, установленных территориальным фондом. При этом средства нормированного страхового запаса, направляемые на указанные выплаты, не могут превышать 10% общего размера средств нормированного страхового запаса». Таким образом, впервые во взаимоотношениях участников ОМС появилась возможность «позитивного» (т.е. не основанного на санкциях, а поощрительного) экономического стимулирования качества медицинской помощи.

Руководствуясь этим, территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ростовской области начал разработку соответствующего территориального документа, определяющего методику оценки деятельности медицинских организаций (набор показателей, их целевые значения, порядок предоставления информации, расчет стимулирующих выплат, порядок их осуществления) за 2012 год.

Учитывая важность выполнения целевых значений показателей доступности и качества медицинской помощи, устанавливаемых территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи (далее – ТППГ) и планом мероприятий «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в Ростовской области» («дорожной картой»), перечень и значения оцениваемых показателей были согласованы территориальным фондом с Министерством здравоохранения Ростовской области. Совместная работа фонда и Министерства происходила в рамках деятельности комиссии по разработке территориальной программы ОМС.

27 февраля 2013 г. было утверждено «Положение о выплатах вознаграждений стимулирующего характера медицинским организациям за выполнение целевых значений доступности и качества медицинской помощи» (далее – Положение). Положением было установлено, что в оценке участвуют МО, работавшие в сфере ОМС Ростовской области в течение всего отчетного года и имеющие договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, заключенный на год, следующий за отчетным и действующий на дату фактического осуществления выплат (29 марта). Для оценки по итогам 2012 года было выбрано 28 показателей, из которых 12 относились к критериям, установленным ТППГ и (или) «дорожной картой». Кроме этих 12 показателей, оценивались показатели исполнения тарифного соглашения в части соблюдения финансовых нормативов по заработной плате, медикаментам и питанию, наличие кредиторской задолженности, выполнение объемов медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы (государственного задания), доля аттестованных и сертифицированных врачей, работа МО по профилактике туберкулеза, показатели оказания стоматологической помощи, выполнение планов диспансеризации, использование медицинской аппаратуры, результаты экспертиз медицинской помощи, наличие обоснованных жалоб граждан на МО, участие врачей МО в экспертной работе в сфере ОМС (количество врачей, включенных в территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи), соблюдение порядка ведения автоматизированного учета лекарственных средств, своевременность и полнота восстановления средств по итогам ревизий и проверок КРУ территориального фонда.

Положение имело 3 приложения: 1) общий перечень показателей (всего – 28) с указанием их целевых значений и балльной оценки; 2) перечень всех оцениваемых МО (по итогам 2012г – 193) с указанием группы, к которой отнесена каждая МО; 3) набор показателей для каждой из 8-ми групп МО.

Медицинские организации были распределены на следующие группы:

1.	Территориальные
2.	Межтерриториальные (многопрофильные городские больницы, обслуживающие несколько районов)
3.	Областные
4.	Стоматологические поликлиники

5.	Родильные дома
6.	Поликлиники (самостоятельные)
7.	Специализированные больницы, онкодиспансеры, диагностические центры
8.	Прочие

Учитывая, что на различные группы МО приходилось неодинаковое количество показателей (а, следовательно, различалось максимально возможное количество баллов, которое могло быть достигнуто МО), общий итог оценивался как отношение фактически достигнутых медицинской организацией баллов к максимально возможному результату для группы МО, к которой относилась каждая конкретная МО. Наибольшее количество показателей оценивалось у территориальных МО – 27, минимальное (8) – у прочих (большинство МО данной группы составляли небольшие организации частной формы собственности, оказывающие ограниченный набор медицинских услуг). Для получения стимулирующих выплат Положением был определен «порог достижения», равный 0,5 от максимально возможной суммы баллов. Медицинские организации, итоговая сумма баллов которых была ниже 0,5 от максимума, не могли претендовать на получение вознаграждения.

Расчет размера выплат стимулирующего характера медицинской организации (СВ МО_i) определялся по формуле:

$$\text{СВ МО}_i = \text{ФондЗП МО}_i \times (\text{Бал МО}_i / \text{Бал max}) \times \text{кФонда СВ};$$

где ФондЗП МО_i – среднемесячный объем средств, заработанных МО в отчетном году в части заработной платы с начислениями;

Бал МО_i – количество баллов, набранных МО по результатам оценки показателей ее деятельности за отчетный год;

Бал max – количество максимально возможных баллов по результатам оценки деятельности МО, устанавливаемых в соответствии с перечнем показателей деятельности данной группы МО за отчетный год;

кФонда СВ – коэффициент фонда стимулирующих выплат, устанавливающего общий размер выплат в пределах суммы, предусмотренной на эти цели в составе НСЗ ТФОМС Ростовской области:

$$\text{кФонда СВ} = \text{Фонд СВ} / \sum (\text{ФондЗП МО}_i \times (\text{Бал МО}_i / \text{Бал max}))$$

Достоверно прогнозировать результаты производимой впервые оценки деятельности МО за 2012 г. до получения всех необходимых для расчета данных было затруднительно. Сумма, предусмотренная в составе НСЗ ТФОМС, на вознаграждения стимулирующего характера по итогам 2012 г. составила 150 млн руб. После подведения итогов выяснилось, что всего 12 МО из оцениваемых 193 не достигли порога 0,5 от максимально возможных баллов. Таким образом, стимулирующие выплаты получили почти все МО, но каждая из них – в сравнительно небольших размерах. Лидером по итогам 2012 г. стал МУЗ «Родильный дом» г. Волгодонска, набравший 1,0 (т.е. 100%) от максимально возможных баллов (фото 1).

Хотя отдельные медработники, особенно тех МО, которые выполнили минимально необходимые 0,5 итоговых баллов, получили не столь уж значительные премии, тем не менее, психологический эффект и резонанс были огромными. Результаты подведения итогов (достигнутые значения показателей, баллы и размер выплат) были размещены на сайте ТФОМС Ростовской области для изучения медицинскими организациями.

Уже имея однократный реальный опыт подведения итогов достижения МО целевых значений показателей доступности и качества медицинской помощи, а также изучив полученное позже письмо Федерального фонда ОМС от 27.05.2013 № 4269-21 и «О направлении рекомендаций по внедрению в субъектах Российской Федерации эффективных механизмов вознаграждения медицинских организаций», территориальный фонд пришел к выводу о необходимости доработки Положения перед подведением итогов следующего 2013 года.



Фото 1. МУЗ «Родильный дом г. Волгодонска», палата новорожденных

Согласно рекомендациям ФОМС, «вознаграждение из средств нормированного страхового запаса следует рассматривать как инструмент повышения качества и доступности медицинской помощи путем стимулирования лучших результатов». Работа по внесению изменений в Положение и его приложения велась по нескольким направлениям:

- 1) прежде всего, были учтены изменения целевых значений показателей, включенных в ТППГ и «дорожную карту» на 2013 г. (что необходимо будет делать и в последующие годы);
- 2) был ужесточен принцип балльной оценки по многим показателям. Методика оценки по итогам 2012г допускала получение баллов за значения показателей ниже целевых, но приближающихся к ним (баллы при этом были меньше, чем при выполнении целевого значения). Было решено, что МО получают баллы только при достижении целевых значений;
- 3) был резко поднят порог итоговой оценки (0,8 вместо 0,5);
- 4) были внесены актуальные изменения, касающиеся показателей по работе скорой медицинской помощи, развернута и уточнена оценка диспансеризации, профилактических осмотров, результатов экспертизы медицинской помощи, увеличены целевые значения некоторых показателей, не включенных в ТППГ и «дорожную карту» (выполнение государственного задания, показатели по стоматологической медицинской помощи).
- 5) в связи с включением в сферу ОМС скорой медицинской помощи в приложении 2 к Положению была выделена новая группа МО с наименованием «БСМП и ССМП».

При этом общие принципы расчета вознаграждения стимулирующего характера МО за выполнение целевых значений доступности и качества медицинской помощи по итогам 2013 г. были сохранены. Пред-



Фото 2. ГБУ Ростовской области «Ростовская областная клиническая больница»

усмотренные на эти цели в составе НСЗ ТФОМС средства составили 218 млн руб. После подведения итогов 2013 г. стимулирующие выплаты получили 70 МО из 196 оцениваемых (35,7%). Разницу в количестве МО, получивших выплаты в 2012 и в 2013 гг., иллюстрирует *диаграмма 1*.

Лидерами, достигшими 1,0 (т.е. 100% возможных баллов), стали 2 МО: ГБУ Ростовской области «Ростовская областная клиническая больница» (фото 2) и ГАУ Ростовской области «Стоматологическая поликлиника» (фото 3). Результаты подведения итогов (достигнутые значения показателей, баллы и размер выплат) были вновь размещены на сайте ТФОМС Ростовской области.

Уровень достигнутых медицинскими организациями



Фото 3. Государственное автономное учреждение Ростовской области «Стоматологическая поликлиника»

баллов на отрезке 0,5-0,7 (от максимально возможных баллов) в 2013 г. по сравнению с 2012 г. заметно возрос (диаграмма 2), несмотря на ужесточение методики оценки. Это, несомненно, говорит о том, что увеличилась заинтересованность МО в повышении эффективности своей деятельности: подтянулись отстающие. Вместе с тем достигнуть 0,8 и более баллов смогло меньшее количество МО.

Поэтому количество МО-получателей вознаграждения значительно уменьшилось по сравнению с 2012 г., но при этом перечисленные каждой из удостоенных поощрения МО суммы существенно возросли. Естественно, резонанс был ещё больше, чем в предыдущем году. Судя по реакции медицинских организаций, как получивших вознаграждения, так и выбывших из числа получателей,

был приведен в действие мощный стимул к достижению целевых значений показателей доступности и качества медицинской помощи в текущем, 2014 году, а следовательно, к методичной и планомерной работе медицинских организаций по улучшению качества медицинских услуг, получаемых застрахованными жителями Ростовской области. Однако, учитывая динамичность процессов, происходящих сегодня в сфере здравоохранения и обязательного медицинского страхования, для того, чтобы механизм вознаграждений медицинских организаций эффективно и направленно работал, территориальному фонду ОМС необходимо держать руку «на пульсе», своевременно актуализируя и дорабатывая этот механизм, оптимально используя свои управленческие возможности.

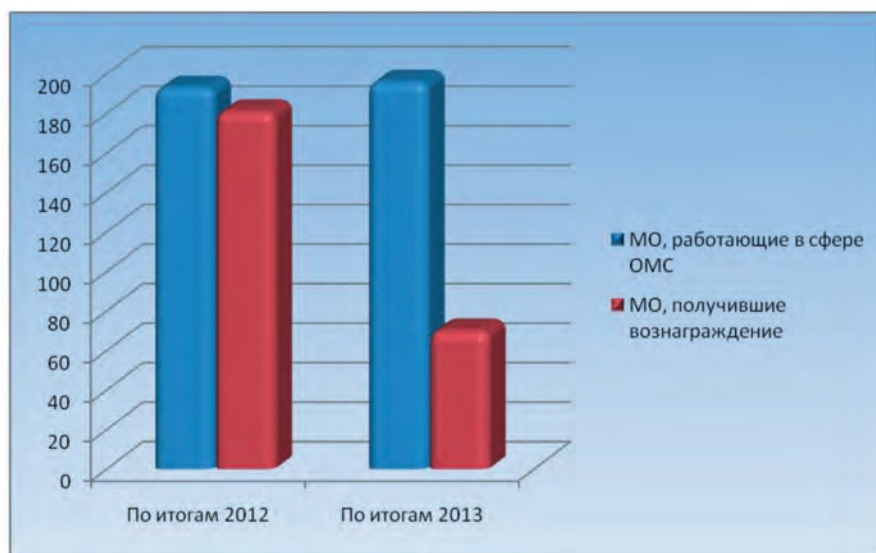


Диаграмма 1. Итоги оценки деятельности МО Ростовской области за 2012-2013 гг.

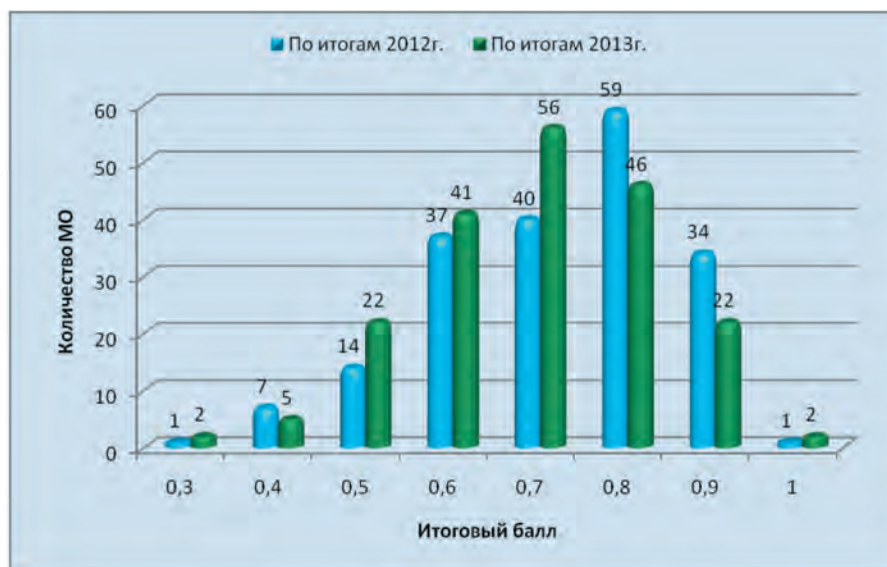


Диаграмма 2. Уровень баллов, достигнутых МО Ростовской области по оценке за 2012-2013 гг.

Литература:

1. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» // «Собрание законодательства РФ», 06.12.2010, N 49, ст. 6422.
2. Приказ ФОМС от 01.12.2010 г. № 227 (ред. Приказа ФОМС от 26.12.2011 № 245) «О порядке использования средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования» // Российская газета – 2011. – № 23.
3. Письмо ФОМС от 27.05.2013 N 4269/21-и «О направлении рекомендаций по внедрению в субъектах Российской Федерации эффективных механизмов вознаграждения медицинских организаций» (вместе с «Внедрением в субъектах Российской Федерации эффективных механизмов вознаграждения медицинских организаций за счет средств нормированного страхового запаса территориальных фондов обязательного медицинского страхования, обеспечивающих повышение уровня качества и доступности медицинской помощи. Рекомендации для территориальных фондов обязательного медицинского страхования, медицинских организаций, страховых медицинских организаций») // Здоровоохранение. – 2013. – N 7.
4. Постановление Правительства Ростовской области от 28 февраля 2013 г. № 106 «Об утверждении плана мероприятий («дорожной карты») изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в Ростовской области» // Наше время» N 122-136, 27.03.2013.
5. Постановление Правительства Ростовской области от 23.12.2011 № 274 «О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Ростовской области на 2012 год» // Наше время, N 650-658, 30.12.2011.
6. Постановление Правительства Ростовской области от 29.12.2012 № 1154 «О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Ростовской области на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов» // Наше время, N 15-26, 23.01.2013.
7. «Положение о выплатах вознаграждений стимулирующего характера медицинским организациям за выполнение целевых значений доступности и качества медицинской помощи», утвержденное ТФОМС Ростовской области от 27.02.2013 г. // www.rostov-tfoms.ru
8. «Положение о выплатах вознаграждений стимулирующего характера медицинским организациям за выполнение целевых значений доступности и качества медицинской помощи», утвержденное ТФОМС Ростовской области 09.12.2013 г. // www.rostov-tfoms.ru

Для корреспонденции:

А.В. Решетников – директор ТФОМС Ростовской области.

Д.В. Евдокимов – заместитель директора ТФОМС Ростовской области, к.м.н.

Л.А. Агапонова – начальник отдела анализа системы ОМС и перспективного планирования ТФОМС Ростовской области.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ростовской области

Адрес: 344000, г. Ростов-на-Дону, ул. Варфоломеева, 261/81

Телефон: (863) 290-45-71. Факс: (863) 290-45-84. E-mail: rofoms@aanet.ru

Телефон: (863) 290-46-08. E-mail: agaponova@tfoms-rnd.ru

For correspondence:

A.V. Reshetnikov – Director of the Rostov Region OMI Territory Foundation.

D.V. Evdokimov, MD, PhD – Deputy Director of the Rostov Region OMI Territory Foundation.

L.A. Agaponova – head of the Department of analysis of the OMI system and long-term planning the Rostov Region OMI Territory Foundation.

The Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Rostov Region.

Address: 261/81, UL. Varfolomeyev, Rostov-on-don, 344000

Tel.: (863) 290-45-71. Fax: (863) 290-45-84. E-mail: rofoms@aanet.ru

Tel.: (863) 290-46-08. E-mail: agaponova@tfoms-rnd.ru

УДК 614.2

Об опыте организации финансирования амбулаторно-поликлинической помощи по подушевому нормативу в сфере обязательного медицинского страхования Пермского края

В.В. Бабин¹, И.К. Новоселова¹, Г.И. Девяткова²

¹Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Пермского края,

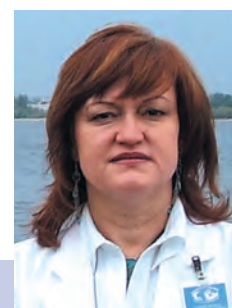
²ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия имени академика Е.А. Вагнера»



В.В. Бабин



И.К. Новоселова



Г.И. Девяткова

Резюме

В статье представлен опыт, тенденции, трудности и результаты организации финансирования амбулаторно-поликлинической помощи по подушевому нормативу в сфере обязательного медицинского страхования Пермского края, позволившие повысить качество и доступность медицинской помощи прикрепившимся гражданам, осуществить мониторинг и экспертную оценку конечных результатов деятельности каждого врача, структурного подразделения и медицинской организации в целом, сократить объ-

ем дорогостоящей стационарной помощи, перераспределив ее на более экономичную амбулаторную службу, обеспечить мотивацию врачей первичного звена к профессиональному росту с целью удовлетворения потребностей населения.

Ключевые слова: обязательное медицинское страхование, способы оплаты амбулаторно-поликлинической помощи, подушевое финансирование, фондодержание.

Abstract

Experience of financing organization for outpatient care according to the per capita norm in the sphere of obligatory medical insurance of the Perm region

V.V. Babin, I.K. Novoselova, G.I. Devyatkova

The Territorial Foundation of Obligatory Medical Insurance of the Perm region,

The E.A. Wagner Perm State Medical Academy

The article presents the experience, trends, challenges and results of the financing organization for outpatient care according to the per capita norm in the sphere of obligatory medical insurance of the Perm region, that allowed to improve the quality and availability of medical care for local attached citizens, to carry out a monitoring and an expert peer evaluation of final results in the activity of each physician, the structural divisions and medical

organizations in general, to reduce volumes of expensive hospital care, redistributing it in a more cost-effective outpatient service, to provide a motivation of primary care physicians for a professional growth in order to meet the needs of the population.

Key words: obligatory medical insurance, payment methods of outpatient care, per capita financing, the fund holding.

На современном этапе развития российского здравоохранения актуальной задачей модернизации отрасли остается обеспечение приоритета профилактики в сфере охраны здоровья и развития первичной медико-санитарной помощи [4].

Одним из механизмов ее реализации является использование способов оплаты амбулаторно-поликлинической помощи (АПП), подчиненных конкретным задачам реструктуризации (расширению объема деятельности, усилению профилактической направленности, выполнению первичным звеном координирующей функции при оказании медицинской помощи на других этапах ее оказания). Более эффективным с точки зрения соответствия задачам реструктуризации можно считать внедрение оплаты АПП по подушевому нормативу, в том числе на принципах фондодержания [1].

Подушевое финансирование АПП используется в различных регионах Российской Федерации (Самарская, Калининградская, Калужская, Кемеровская области и др.) и являлось одним из направлений пилотного проекта, предусмотренного постановлением Правительства Российской Федерации № 296 от 19.05.2007 г. и реализованного в 12 субъектах Российской Федерации в 2007-2008 гг. [2, 5].

С 2013 года Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи предусмотрено, что данный способ оплаты АПП применяется при финансовом обеспечении территориальных программ обязательного медицинского страхования [3].

На территории Пермского края проект внедрения оплаты АПП населению по подушевому нормативу реализован со второго полугодия 2008 г. Основными задачами его введения являлись: изменение мотивации первичного звена оказания АПП, повышение качества, эффективности его работы, ответственности за состояние здоровья прикрепленного населения; повышение доступности АПП для населения; обеспечение сдерживания затратного механизма оказания медицинской помощи и преодоление структурных диспропорций в отрасли.

Решение вышеуказанных задач возможно за счет снижения частоты и тяжести обострений у хронических больных, уменьшения индекса потребления медицинских услуг, увеличения объема собственной деятельности, сокращения необоснованных направлений к узким специалистам и в стационар, повышения эффективности использования ресурсов, обоснованностью выбора методов диагностики и лечения больных в амбулаторных условиях, развития стационарозамещающих форм.

До начала реализации проекта первичное звено здравоохранения региона практически не было мотивировано в улучшении качества оказания медицинской помощи и здоровья населения в целом, так как оплата АПП в системе обязательного медицинского страхования (ОМС) осуществлялась за выполненные объемы, т.е. чем больше посещений, а соответственно и больных, тем

больше финансовых средств получает медицинская организация (МО).

При существовавшей схеме оплаты Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Пермского края (ТФОМС ПК) перечислял средства на оплату медицинских услуг с учетом дифференцированного подушевого норматива, половозрастных коэффициентов плановых затрат в страховые медицинские организации (СМО), которые осуществляли оплату фактически оказанных объемов медицинской помощи МО на основании предъявленных к оплате счетов и реестров за каждый случай амбулаторно-поликлинического обслуживания.

При подушевой оплате АПП за прикрепленное население предусматривается оплата не только собственной деятельности, но и услуг других МО, оказываемых прикрепленному населению. МО, получившая эти средства, фактически является фондодержателем и заинтересована в рациональном использовании финансовых средств, поскольку часть экономии может использовать на свое экономическое развитие и стимулирующие выплаты персоналу.

С 1 июля 2008 г. данный способ оплаты первоначально отработывался в четырех муниципальных образованиях Пермского края (городах Пермь, Краснокамск, Чернушка и Кудымкар) с численностью населения 1 143 800 человек (42% от общей численности населения Пермского края).

С 1 января 2009 г. проект внедрен на всей территории региона. Основными особенностями использования данного способа оплаты в Пермском крае являлись:

1. Свободный доступ МО к получению объемов медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС, включая объемы первичной медико-санитарной помощи (с 2006 г. в Прикамье участие в ОМС для МО осуществлялось по заявительному принципу на конкурсной системе, с 2012 г. – в соответствии с нормами федерального закона «Об ОМС в Российской Федерации»). Это обеспечило возможность привлечения МО частной системы здравоохранения к реализации программы ОМС, возникновению элементов конкуренции за прикрепленное население.

2. В состав тарифа по ОМС включены все статьи расходов МО, за исключением расходов на капитальный ремонт и капитальное строительство (с 2007 г. на территории Пермского края обеспечен переход на оплату медицинской помощи по полному тарифу, путем введения системы одноканального финансирования).

3. Автономизация амбулаторно-поликлинического звена путем выделения поликлиник из больничных учреждений в самостоятельные юридические лица (реализовано в 2007-2008 гг.: во всех муниципальных районах и городских округах Пермского края с численностью населения более 50 тысяч поликлиники были выделены в самостоятельные юридические лица). Это позволило разделить уровни ответственности и мотивацию стационаров и поликлиник.

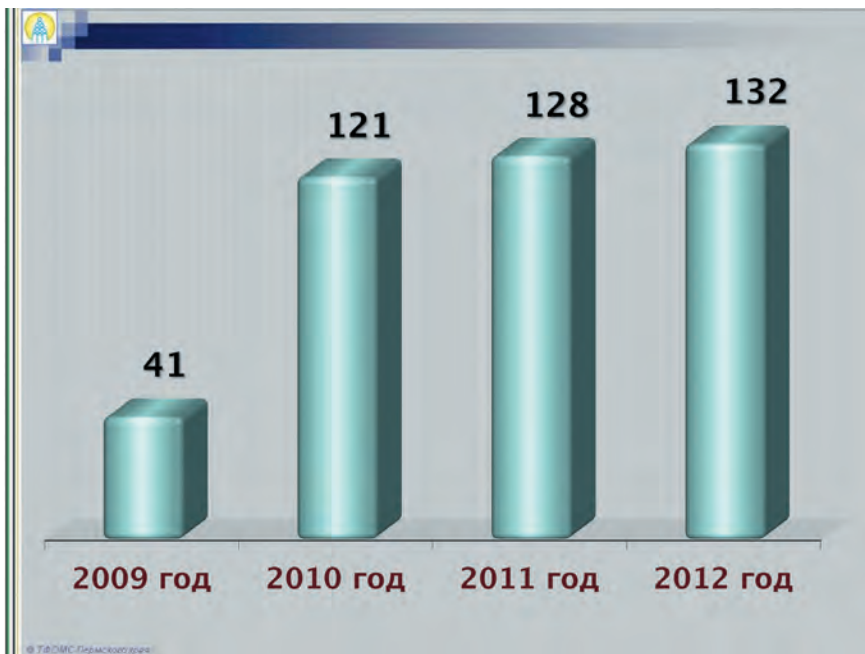


Рис. 1. Количество медицинских организаций-фондодержателей

4. Определение порядка информационного взаимодействия Министерства здравоохранения, Территориального фонда ОМС Пермского края, СМО и МО в части формирования и ведения регистра прикрепленного населения.

5. Развитие в сельской местности института врачей общей практики (далее – ВОП), предусматривая их

автономизацию (выход из состава ЦРБ) в самостоятельные юридические лица. При этом Министерством здравоохранения Пермского края осуществлялась поддержка и сопровождение, в том числе по вопросам формирования бухгалтерской, статистической отчетности и юридическому обслуживанию ВОП.

За годы реализации проекта отмечается рост МО – его участников. Начиная с 2009 г., их число выросло с 41 до 132, в том числе количество ВОП – с 4 до 12 (рис. 1).

В Пермском крае реализована модель подушевой оплаты АПП на комплексную амбулаторно-поликлиническую услугу и нормированный объем стационарной помощи для прикрепленного населения в сочетании с оценкой деятельности поликлиники-фондодержателя на основе установленных показателей (полное фондодержание) [1].

МО получает средства на весь объем АПП, включая те виды, которые она не может предоставить сама (специализированные обследования, консультации и лечение, оказываемые в других МО). Эти внешние потоки пациентов оплачиваются из средств МО. Если поликлиника берет на себя основную часть нагрузки по оказанию медицинской помощи обслуживаемому населению и ведет работу по профилактике заболеваний, то у нее возникает остаточный доход после расчетов с другими МО.

МО получает средства на весь объем АПП, включая те виды, которые она не может предоставить сама (специализированные обследования, консультации и лечение, оказываемые в других МО). Эти внешние потоки пациентов оплачиваются из средств МО. Если поликлиника берет на себя основную часть нагрузки по оказанию медицинской помощи обслуживаемому населению и ведет работу по профилактике заболеваний, то у нее возникает остаточный доход после расчетов с другими МО.

Финансирование амбулаторно-поликлинического звена осуществляется по подушевому нормативу на прикрепившегося гражданина, рассчитанного с учетом половозрастных коэффициентов и индекса потребления медицинских услуг.

Оплата медицинской помощи осуществляется через СМО за объемы работ по предъявленным реестрам и выплату финансового результата, полученного после расчета СМО со сторонними МО за медицинскую помощь, оказанную прикрепившемуся населению (рис. 2).

Информационное обеспечение данного способа оплаты АПП осуществляет ТФОМС ПК на основе регистра застрахованных граждан. Им же формируются Акты приема информации о закреплении численности граждан, прикрепившихся к МО, для



Рис. 2. Схема оплаты по подушевым нормативам амбулаторно-поликлинической помощи



Рис. 3. Основное направление в расходовании финансового результата – заработная плата медицинским работникам

СМО в разрезе МО, аналитические справки по прикреплению населения к МО, протоколы передачи реестров случаев оказания медицинской помощи за оказанные медицинские услуги прикрепившимся гражданам в МО.

Также ТФОМС ПК формирует и направляет в МО реестры случаев оказания медицинской помощи жителям, прикрепившимся к МО, в разрезе МО-исполнителей (внешние услуги). Вся медико-экономическая информация о получении услуг в других МО поступает в поликлинику, а в ее пределах – участковому врачу или врачу общей практики в разрезе участков прикрепления.

С внедрением данного способа оплаты МО, имеющая прикрепленное население, определяет объем оказания медицинской помощи каждому прикрепившемуся жителю, показания к госпитализации в круглосуточный стационар, а также необходимость консультаций узких специалистов.

Таким образом, появляется мотивация к планированию и рациональному формированию пациентопотоков на стационарную помощь. При этом возникает прямая зависимость между уровнем дополнительного финансирования амбулаторно-поликлинического звена и обоснованностью направления на стационарную медицинскую помощь и консультации в сторонние МО.

Положением о порядке оплаты медицинских услуг для застрахованных предусмотрены ограничения на получение бесплатной медицинской помощи в МО не по месту прикрепления. Бесплатно в таких МО оказывается лишь экстренная амбулаторная помощь, а также услуги, оказанные по направлению врача поликлиники прикрепления.

Необходимость таких ограничений определяется тем, что поликлиника несет финансовые риски, связанные с оказанием всей внебольничной помощи. Это предполагает управленческий контроль за потоками больных. В свою очередь подобный контроль повышает ответственность поликлиники за оказание медицинской помощи прикрепленному населению. Появляется стимул к тому, чтобы пациенты получали все необходимое лечение по месту прикрепления.

Подушевая оплата АПП осуществляется с применением критериев оценки финансового результата. Методика расчета коэффициента достижения результата утверждена приказом Министерства здравоохранения Пермского края.

Данной методикой предусмотрено, что по результатам работы СМО определяет коэффициент достижения результата по каждой МО путем

суммирования оценок показателей на основании количества жалоб от населения, признанных обоснованными, в расчете на 10000 застрахованных граждан, прикрепившихся к данной МО, а также результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС.

В условиях включения с 2013 г. скорой медицинской помощи (СМП) в систему ОМС планируется расширение перечня показателей, в том числе учитывать количество вызовов к хроническим больным, повторных вызовов и число вызовов СМП, закончившихся госпитализацией. В последующем целесообразно включение в оценку таких показателей, как смертность на дому лиц трудоспособного возраста, общий уровень госпитализации прикрепленного населения и уровень экстренной госпитализации хронических диспансерных больных, доля случаев лечения в дневном стационаре и круглосуточном стационаре, сроки ожидания консультации, госпитализации, результаты анкетирования прикрепленного населения, доля запущенных случаев заболеваний и выявленных на ранних стадиях.

После подведения результатов (в случае наличия положительного финансового результата) дополнительные средства выплачиваются МО.

Как один из итогов реализации проекта, это изменение мотивации в работе первичного звена за счет дополнительного финансового ресурса. Всего за период реализации проекта (с 2009 г. по 11 месяцев 2013 г.) МО Пермского края получено в качестве финансового результата 1 183 180 тыс. руб. (таблица 1).

Таблица 1

Фактический финансовый результат

	2009	2010	2011	2012	11 месяцев 2013г.
тыс. руб.	67 752	131 823	205 827	585 198	192 580

Финансовый результат используется на выплаты стимулирующего характера работникам; повышение квалификации медицинских работников; внедрение новых медицинских технологий, в том числе приобретение и ввод в действие современной медицинской техники (рис. 3).

Анализ расходования средств финансового результата показал, что большую часть из них МО (60% и выше) направляют на оплату труда своих работников. При этом локальные нормативные акты, разработанные МО, регулирующие распределение указанных средств и осуществление выплат стимулирующего характера, предусматривают оценку деятельности и достижение запланированных показателей как в целом по МО, так и вклад каждого специалиста в обеспечении оказания качественной и доступной медицинской помощи прикрепленному населению (рис. 4).

Экономическая мотивация должна быть «сквозной», достигая врача первичного звена, ответственного за постоянное наблюдение за прикрепленным населением [1]. Средства финансового результата используются на выплаты стимулирующего характера персоналу МО в зависимости от качества и достижения определенных показателей. Для реализации данного подхода на территории края с 2010 г. реализуется пилотный проект «Фондодержание первичного звена». Критерии оценки деятельности врачей и среднего медицинского персонала утверждаются локальными нормативными актами МО, оценка выполнения установленных критериев производится комиссией медицинской организации, результаты рассмотрения оформляются протоколом. В рамках поликлиники

проводится оценка деятельности отдельных врачебных участков прикрепления – на основе моделей оценки эффективности и модели конечных результатов. Поощрение получают те врачи, которые имеют менее затратную картину оказания всех видов медицинской помощи на своих участках и имеют лучшие показатели клинической деятельности. В критерии оценки эффективности рабо-



Рис. 4. Схема получения и распределения финансового результата на одном территориальном участке при реализации пилотного проекта «Фондодержание первичного звена»



Рис. 5. Уровень госпитализаций на 1000 прикрепленных

ты территориального участка включаются критерии оценки деятельности участкового врача, качества лечебно-диагностического процесса, оценки деятельности согласно нормативным документам и должностным инструкциям. Среди критериев оценки деятельности врача терапевта-участкового: уровень госпитализации на 1000 прикрепленного населения (без случаев госпитализации по профилям: акушерство, гинекология, травматология); первичный выход на инвалидность лиц трудоспособного возраста, за исключением инвалидности по профилям: офтальмология, травматология, психиатрия, фтизиатрия, онкология, ВИЧ; количество вызовов скорой медицинской помощи (без родов и травм) на 1000 прикрепленного населения. К критериям качества лечебно-диагностического процесса относят: количество обоснованных обращений (жалоб) пациентов по данному участку за отчетный период; нарушения, выявленные в ходе проведения вневедомственного контроля качества; нарушения, выявленные в ходе проведения внутреннего контроля качества медицинской помощи.

Изменение способа оплаты АПП создает условия для оптимизации структуры оказания медицинской помощи, оказываемой населению в рамках территориальной программы ОМС.

Анализ сложившихся объемов медицинской помощи за период реализации проекта показывает, что данные изменения носят разнонаправленный характер.

Так, если, начиная с 2009 г. отмечалась тенденция к снижению объемов стационарной помощи, то по итогам 2012 г. – рост на 4%, а в 2013 г. – снижение на 10%. (таблица 2).

Таблица 2

Объемы стационарной медицинской помощи, оказанной прикрепленному населению за 2008 - 2013 гг.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
койко-дни на 1 тыс.	1 989,9	1 944,6	1 759,3	1 678,3	1 748,3	1 573,0

Уровень госпитализации прикрепленного населения по итогам 2013 г. по сравнению с 2008 г. уменьшился на 19% (с 202,4 на 1 тыс. прикрепившихся до 164,2) (рис. 5).

Если на первых этапах реализации проекта объемы амбулаторно-поликлинической помощи населению сни-



Рис. 6. Объемы медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, прикрепленным к МО-фондодержателям

жались (в период с 2008 по 2009 гг.), то с 2011 г. отмечается тенденция к росту. (таблица 3).

Таблица 3

Объемы АПП, оказанной прикрепленному населению за 2010-2013 гг. (без стоматологии)

	2010	2011	2012	2013
посещения на 1 тыс.	6590	6 202	6 661	6852

Значительно выросли объемы стационарозамещающей медицинской помощи (2012 г. – 298,2 пациенто-дня на 1 тыс., 2013 г. – 407,4 пациенто-дня на 1 тыс. прикрепленных).

Таким образом, достигнуто расширение объема деятельности МО-фондодержателей (МО-ФД) (рис. 6).

Об эффективности подушевого финансирования амбулаторной медицинской помощи свидетельствует и снижение кредиторской задолженности медицинских организаций-фондодержателей, причем темпы снижения выше по просроченной задолженности, при одновременном увеличении остатка средств на счете. Стабильное финансовое положение МО-ФД позволяет обеспечивать более качественное оказание медицинской помощи и гарантировать ее доступность.

За период реализации проекта не произошло негативных последствий с точки зрения доступности для населения первичной медико-санитарной помощи. Не

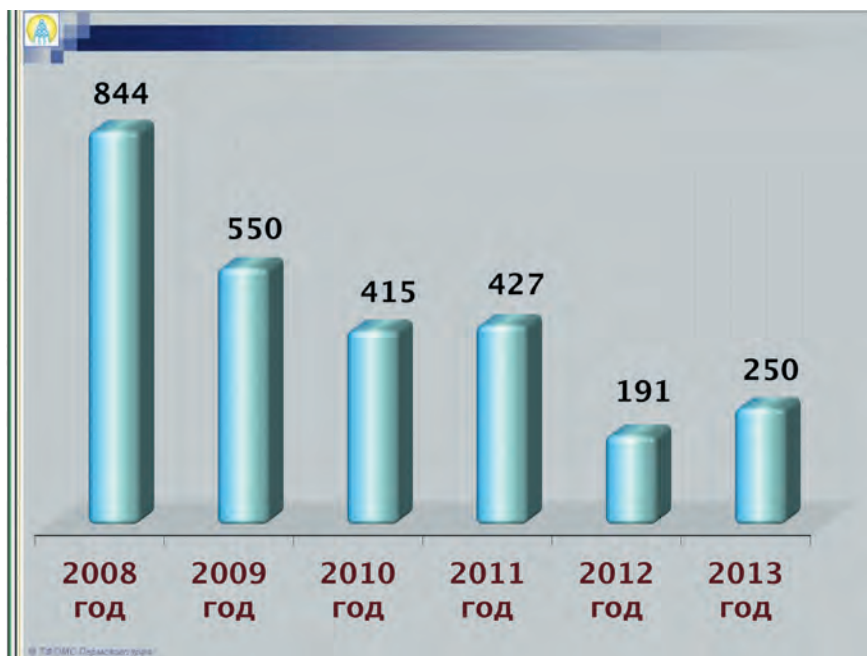


Рис. 7. Количество обоснованных жалоб

отмечается роста числа жалоб населения, есть динамика их снижения (рис. 7).

Анализ структуры обоснованных жалоб показывает, что при незначительном снижении жалоб на стационар, отмечается выраженное снижение жалоб на поликлиники. Показатель обоснованных жалоб на 100 тыс. застрахованных лиц, поступивших на МО-фондодержатели, в 1,7 раз ниже среднего показателя по краю. Всего за

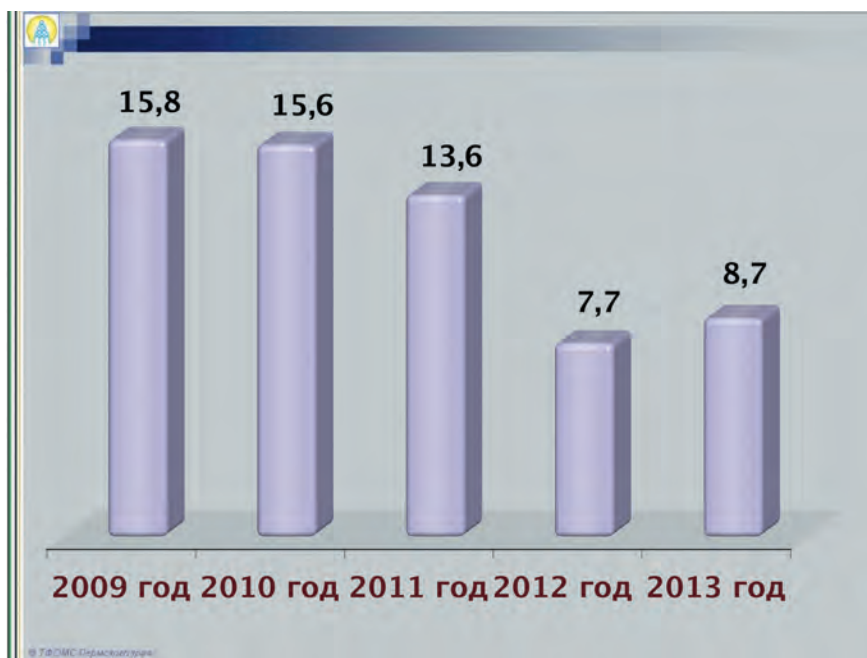


Рис. 8. Доля нарушений по результатам контроля качества медицинской помощи

период реализации проекта данный показатель снизился с 7,7 до 4.

Отмечено значительное снижение числа жалоб на ограничение доступности медицинской помощи (по причине отказа в медицинской помощи и взимания денежных средств за медицинскую помощь по программе ОМС) по МО, имеющих прикрепленное население (с 134 в 2011 г. до 29 в 2013 г.). Доля МО, на которые поступили указанные жалобы, за время реализации проекта снизилась с 30% до 18%.

В целом, показатель обоснованных жалоб на ограничение доступности на 100 тыс. застрахованных лиц по МО-фондодержателям уменьшился за 5 лет в 1,9 раза, он в 1,5 раза ниже среднего по краю.

Результаты контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, проведенного в МО, свидетельствуют об уменьшении удельного веса выявленных нарушений в 2,1 раза (рис. 8).

В ходе тематических проверок доступности медицинской помощи отмечается, что в МО-ФД информация о Программе государственных гарантий оказания населению Пермского края бесплатной медицинской помощи доступна для пациентов, размещена на информационных стендах; организована работа в вечерние, субботние и праздничные дни. Длительности ожидания плановых консультаций врачей-специалистов и проведения обследования не превышает 14 дней, плановой госпитализации – 3 недели. Информация о вызовах, обслуженных станциями скорой помощи, передается в МО-ФД по телефону с последующей записью активного посещения участковым терапевтом (педиатром), анализируется врачами. В МО-ФД ведется учет и анализ выданных направлений в автоматическом или ручном режиме, проводится анализ реестров пролеченных в стационарах прикрепленных больных.

Показатель удовлетворенности объемом, доступностью и качеством медицинской помощи по МО - участниками проекта все годы выше среднего по краю и составил по итогам 2013 г. – 88%. По результатам анкетирования пациентов, снижается

доля неудовлетворенных оказанной им медицинской помощью (с 12,4% в 2009 г. до 1,1% в 2013 г.), оплачивающих проведение консультаций специалистов, обследований или диагностических процедур, столкнувшихся с грубым отношением медицинского персонала.

Таким образом, внедрение и реализация проекта фондодержания позволяет повысить удельный вес профилактической работы на уровне амбулаторного звена; осуществлять мониторинг и экспертную оценку конечных результатов деятельности каждого врача, структурного подразделения и медицинской организации в целом; сократить объем дорогостоящей стационарной помощи, перераспределив ее на более экономичную амбулаторную службу; обеспечить мотивацию врачей первичного звена к профессиональному росту с целью удовлетворения потребностей населения; обоснованно планировать и формировать пациентопотоки на уровне первичного звена.

Конечно, проблем еще достаточно. Для их решения и совершенствования фондодержания АПП в настоящее время создана электронная система персонализированного учета госпитализаций, вызовов СМП, обращений прикрепленного населения на уровне МО и участка; отрабатывается технология взаимодействия между медицинскими организациями-фондодержателями и исполнителями в целях ведомственного контроля обоснованности госпитализации граждан в стационары всех типов участковыми врачами; развивается материальная

база и повышается уровень подготовки специалистов амбулаторно-поликлинического звена.

Формирование и развитие новой системы финансирования отрасли в конечном итоге обеспечивает повышение эффективности использования ресурсов здравоохранения и приводит к улучшению доступности и качества медицинской помощи, показателей здоровья населения.

Литература:

1. Ахметзянов А.Р., Шейман И.М. Модернизация способов оплаты медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. – 2013. – № 5. – С. 30-39.
2. Постановление Правительства Российской Федерации № 296 от 19.05.2007 г. «Об утверждении Правил финансирования в 2007 году расходов на реализацию в субъектах Российской Федерации пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения, и перечня субъектов Российской Федерации, участвующих в его реализации»
3. Постановление Правительства Российской Федерации № 1074 от 22.10.2012 г. «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов».
4. Распоряжение Правительства Российской Федерации № 2511-р от 24.12.2012 г. «Государственная программа Российской Федерации. Развитие здравоохранения».
5. Шевский В.И., Шейман И.М. Системы фондодержания в здравоохранении: типология, содержание, условия реализации // Здравоохранение. – 2008. – № 4.

Для корреспонденции:

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

Новоселова Ирина Константиновна - заместитель директора ТФОМС Пермского края.
E-mail: inovoselova@tfoms.perm.ru. Тел: (342) 291-50-71

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

Девяткова Галина Ивановна – заведующая кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ФПК и ППС ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия имени академика Е.А. Вагнера» Министерства здравоохранения РФ.
E-mail: gidev@mail.ru. Тел: (342) 212-09-85

For correspondence:

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

Irina K. Novoselova – Deputy Director of the TFOMI of the Perm Territory. E-mail: inovoselova@tfoms.perm.ru. Tel.: (342) 291-50-71
The Territorial Foundation of Obligatory medical insurance of the Perm Territory.
Address: Ul. Uralskaya 119, Perm City 614060. Tel.: (342) 265-15-38. Fax: (342) 291-50-84. E-mail: general@tfoms.perm.ru.

Galina I. Devyatkova - Head of the Chair for Public Health and Medical Care of the E.A. Wagner Perm State Medical Academy
E-mail: gidev@mail.ru. Tel: (342) 212-09-85

Обязательное медицинское страхование и социальная политика в СМИ

Вице-премьер Ольга Голодец ответила на письмо воронежского активиста телефонным звонком

Сейчас Антон Буслов, победивший рак в США, по просьбе Ольги Голодец готовит предложения по улучшению российской медицины.

3 июня популярный блогер Mymaster, общественник из Воронежа Антон Буслов разместил в своем Живом журнале отчет о телефонном разговоре с зампреда правительства РФ Ольгой Голодец. Последние два года она курирует здравоохранение, оборот лекарственных средств и медицинских изделий, социальное и медицинское страхование, государственную молодежную политику и другое.

По словам Антона, вице-премьер отреагировала на его эмоциональную запись о тяжелом положении больных в российских медучреждениях. Теперь блогер начал сбор информации о больницах с самыми глупыми правилами, чтобы подготовить предложения по смягчению правил в отечественных больницах.

Поводом для общения блогера и вице-преьера стал пост Антона Буслова, в котором днем ранее, 2 июня, он задал Ольге Голодец риторические вопросы о «маразме» в российской системе здравоохранения. В частности, он написал, что медицинские исследования, которые занимают в России по два месяца, в Нью-Йорке делаются за два часа. При этом для больного раком любое промедление смертельно опасно. В письме воронежский общественник многое подкреплял примерами из жизни:

– Мой тесть на пару с другом выносил на одеяле мужика из другого подъезда в реанимобиль. Человек умирал, а бригада реанимобиля сказала его жене, что «вынос тела» в их обязанности не входит, а потому они тут стоят немного и уедут. Жена больного предлагала дюжему водителю деньги – все, что у нее были. Но, по его мнению, их было слишком мало, чтобы все делать самому. В итоге больного вынесли и погрузили мой тесть, его друг (как добровольцы) и водитель (деньги он-таки взял). У пациента было что-то острое с сердцем... В США, когда у меня случился септический шок, у реаниматологов была хитрая каталка для переноски пациентов в любом состоянии по лестницам.

Также Антон Буслов написал о российских больницах, где дают только капусту, а врачи говорят, что надо обязательно есть мясо. Жена одного из соседей Антона по палате в Москве, спавшая рядом с мужем на стульях, готовила мясо для мужа в электрической скороварке, и это заметил на обходе завотделением. Он долго кричал на женщину, что они ее и так терпят, а она тут еще такое устраивает, что никаких электронных приборов в палате

быть не может, потому что может быть пожар.

– Врач потребовал от нее немедленно выкинуть прибор. Сказал, что, если увидит подобное еще раз, выкинет и ее, и ее мужа. Женщина с дрожащими губами спрашивала у него, где же ей взять мясо для больного мужа. А он отвечал: «Готовьте дома!» Хотя их дом находится в маленьком городе под Рязанью, и ситуация такая почти у всех. Доктор кричал: «На улице! Где угодно - меня это не волнует», - такую зарисовку отправил Антон вице-премьеру.

При этом он добавил, что в США во всех отделениях есть кухни, открытые для пациентов и их родственников в любое время. В палатах стоят раскладные кресла, в которых любой родственник может спать. Он может туда приходить в любое время или даже жить постоянно. Так в любой, в том числе в многоместной, палате.

Антон также написал, что в России к инкурабельному ребенку, умирающему в реанимации в подмосковном городе Железнодорожном не пускали мать. Считали, что она может занести инфекцию.

– В США моя жена ночевала в блоке интенсивной терапии рядом с моей кроватью, пока я был в коме. Она могла входить и выходить когда угодно. Два любых человека одновременно могли посещать меня в госпитале. В любое время дня и ночи. Никаких заранее заказываемых пропусков. Это просто право любого человека – видеть своих близких, когда они ему нужны. Ольга, мы давно взрослые и вполне адекватные люди. Я думаю, что если вдруг (понимаю, что шансов почти нет) и правда прочтете это письмо, то кое-что Вам будет кристально ясно, без всяких совещаний и экспертных оценок. Извините, что забрал столько времени, – так завершил свое сообщение блогер, попросив своих многочисленных подписчиков распространить его по интернету.

И уже на следующий день последовала реакция.

– Вчера я оценивал вероятность этого события как один к миллиону, а вот сегодня пообщался с вице-премьером российского правительства Ольгой Голодец по поводу личного письма, отправленного просто в ЖЖ. Скажу честно: через канцелярию вряд ли удалось бы. И я не был в полной мере готов, что ответит. Тем более вот так. Была просто надежда, что прочтает... и что-то подумает... ну или отписку получу, что «мы все знаем, над всем трудимся». А получилось как-то и правда лично, – сообщил Антон в своем следующем посте.

По словам Антона Буслова, 3 июня Ольга Голодец сама позвонила ему в больницу в Нью-Йорке: Разговор получился по существу. Без попыток сказать, что проблем у нас нет и что все отлично.

Далее блогер приводит слова вице-преьера о том, что «читать посмертные записки людей, это в том чис-

ле личный ужас и для министра, и для вице-премьера». Ольга Голодец ему сказала, что ждет от общественника предложений по существу по поводу того, как лучше организовать пропускной режим и питание в российских больницах.

– Ольга понимает, что чайник все равно будут прятать в тумбочке, все равно достанут и что это просто изображения безопасности под стать традиции. Просто надо найти лучшее решение, и мы сейчас это попробуем запустить. Аналогично с пропускным режимом: есть санитарные требования и врачи, которые считают, что нельзя обеспечить нужную чистоту, так как улицы городов плохо убирают. В планах максимально лояльный режим. Хотя за тем, как его реализуют, еще предстоит проследить. Что сделать там, где все уже есть – вот это предмет работы, – подытожил воронежский общественник.

Антон Буслов – 30-летний активист из Воронежа, который специализируется на городском транспорте на федеральном уровне. Популярный блогер, создатель региональной общественной организации «Воронежцы за трамвай». Два года назад у Антона диагностировали рак, а точнее лимфому Ходжкина. Это заболевание, при котором поражается лимфатическая система. В разных больницах России врачи сочли 28-летнего парня неизлечимым, но многочисленные сторонники Антона помогли ему собрать сотни тысяч долларов на лечение в США. В феврале этого года Антон успешно перенес сложнейшую операцию по трансплантации костного мозга от донора. Донором для Антона Буслова стала его родная сестра, которая живет в Воронеже.

*РИА Воронеж, Воронеж
(04.06.2014)*

В Москве вручили главную медицинскую премию России «Призвание»

В канун Дня медицинского работника в Москве прошла церемония вручения премий лучшим врачам России.

Очень сложно сохранить объективность, когда это касается врача. Если врач спас – он Бог. Если спасти не удалось... Без комментариев. И остается удивляться тому, что хотя бы раз в год Министерство здравоохранения РФ вместе с Первым каналом телевидения умудряется определить, отобрать лучших из лучших и отметить их премией «Призвание». В нынешнем году это было сделано в 14 раз. В 14 раз во весь голос, на всю страну заявлено о высоком профессионализме, о чести и достоинстве врачей. «Призвание» – это признание высоких заслуг медиков, которые охраняют наше с вами здоровье.

На праздник в театр Российской армии приехали не только лауреаты премии, приехали представители российской медицины: и ее руководители, и ее рядовые. Медиков поздравляли глава Правительства России Дмитрий Медведев, вице-премьер Ольга Голодец, министр здраво-

охранения Вероника Скворцова, генеральный директор Первого канала Константин Эрнст. Выступали, вручали премии Иосиф Кобзон, Геннадий Хазанов, Кристина Орбакайте, Сосо Павлиашвили.

Ведущие церемонии Елена Малышева и Александр Розенбаум признаются, что каждый год они восхищаются докторами, которые получают приз «Золотые руки врача, которые держат хрустальную жизнь человека». Врачебные работы этого года, – признались ведущие, – потрясающие.

В номинации «Специальная премия Первого канала» победила группа детских хирургов Московской детской городской клинической больницы № 13 под руководством профессора Александра Юрьевича Разумовского. О докторе Разумовском многие узнали больше десяти лет назад. Тогда он и его коллеги впервые в мировой медицинской науке разделили сиамских близнецов с непарными тазовыми органами Зиту и Гиту. Девочки живы, у них новая удивительная жизнь. А вот теперь Разумовского и его коллег чествовали по другому поводу. По поводу спасения дагестанской девочки Самиры. Самира родилась больной, едва дышала. Ее жизнь могла оборваться в 1 год и два месяца. В тяжелейшем состоянии на искусственной вентиляции легких малышку из Дагестана привезли в Филатовскую больницу. Диагноз: резкое сужение трахеи и тяжелейшее поражение легких. Кровь не получала кислород, девочка погибала. Никогда в истории медицины таких детей не спасали. Не стану вдаваться в подробности операции. Скажу только, что из организма забирали грязную кровь и возвращали чистую, насыщенную кислородом. Это позволило расширить трахею. Такая операция была проведена впервые в мире. Зал восторженно аплодировал не только врачам-спасителям. Зал аплодировал маме Самиры и самой Самире: малышка мешала маме произносить в микрофон слова благодарности врачам, все время ручкой дергала микрофон.

Еще одна номинация свидетельствует о научном и клиническом приоритете России в мировой медицине – номинация «За создание нового метода лечения». Номинанты – группа хирургов под руководством доктора Сергея Борисовича Богданова. Медики из Краснодарской Краевой клинической больницы № 1 имени проф. С.В. Очаповского создали технологию одномоментной послойной пластики лица единым лоскутом кожи пациентам с тяжелыми ожогами лица. Не скрою, мне отродно писать о специалистах именно этой кубанской больницы – была в ней ни раз. Здесь всегда многое удивляет, поражает, восхищает.

Вот и теперь показали спасенных пациентов, тех, кто в результате ожога, без преувеличения, потерял лицо. А медики разработали метод, позволяющий избежать рубцовой деформации лица, дает возможность пациентам сохранить мимику, человеческий внешний вид. Это означает социальную реабилитацию, возможность нормально жить и работать. И это не некий исключительный случай: с 2012 года проведена серия таких операций.

На празднике был момент, который можно назвать «и смех, и грех». В номинации «За проведение уникальной операции, спасшей жизнь человека» отмечены хирурги и анестезиологи под руководством доктора Руслана Андреевича Зефирова из Республиканской клинической больницы Татарстана. Судите сами. Сорокалетний Ришат нигде не работал и долгое время просто пил. А 21 ноября 2012 года, проснувшись в тяжелом похмелье, решил выпить еще. И выпил ... полбутылки 40% уксусной кислоты. Умиряющего его привезли в Спасскую районную больницу. Кислота сожгла весь кишечник. Экстренно удалили уничтоженную кислотой часть тонкой кишки. Живые остатки соединили, чтобы восстановить целостность кишечника. Но кислота продолжала разрушать организм.

Санитарная авиация доставила Ришата в хирургическое отделение Республиканской больницы. Серия операций. Из-за тяжести отравления у больного отказали почки, возникло кровоизлияние в брызжейку тонкой и толстой кишки. Но врачи все-таки спали Ришата. И виновник торжества, облаченный в смокинг и бабочку, вышел к микрофону, чтобы поблагодарить своих спасителей. Смешное и трагическое рядом?

Незабываем момент праздника: Елена Малышева просит показать залу медиков, которые работали на Олимпиаде в Сочи. Вот они, неизвестные герои важнейшего мирового события. Мне довелось общаться с некоторыми из них во время Олимпиады. Они буквально жили на своих рабочих местах, готовые в любой момент прийти на помощь спортсменам, гостям, болельщикам, местным жителям. И вот их осветили прожектора зала, и зал благодарно аплодирует им, тем, кто по праву делит часть успеха Сочинских игр.

А вот под предводительством академика Геннадия Онищенко выходят на сцену победители в номинации «Специальная премия врачам, оказывающим помощь пострадавшим во время войн, террористических актов и стихийных бедствий». Это санитарные врачи Москвы, Амурской, Иркутской областей, Хабаровского края, Еврейской АО. Во время катастрофического июльского наводнения прошлого года – такое было впервые за 115 лет наблюдения – санитарные врачи сумели добиться того, что на огромной территории, пострадавшей от наводнения, не возникло ни одной эпидемии, была сохранена стабильная санитарно-эпидемиологическая обстановка.

«За вклад в развитие медицины, внесенный представителями фундаментальной науки и немедицинских профессий» отмечен профессор московского НИИ эпидемиологии и микробиологии имени Гамалеи Эдуард Исаевич Коренберг. Профессор создал алгоритм диагностики и лечения болезней, передаваемых иксодовыми клещами, создал крупнейшую школу вирусологов. А «За создание нового метода диагностики» отмечены врачи и ученые под руководством Дмитрия Юрьевича Трофимова из Москвы. Они создали тест-систему, которая внедрена в практику и используется клиницистами для коррекции заболеваний мочеполовой системы у женщин.

А когда на сцену поднялась Алла Левушкина – хирург из Рязанской городской клинической больницы № 11, зал встал и долго аплодировал этой удивительной, очаровательной, остроумной женщине, которая 62 года служит медицине. В 2013 году 87-летняя Алла Ильинична провела более 100. Ее оперативная активность за 2013 год – 98%, летальность – 0%, послеоперационные осложнения – 1%. Анна Ильинична победила в номинации «За верность профессии»...

Потом, по традиции, на сцену вышли все награжденные, все, кто награждал, кто участвовал в этом удивительном празднике. По традиции все надели белые халаты, пели гимн «Не болейте, доктор».

Воистину каждый год Елена Малышева и Александр Розенбаум устраивают медикам России удивительный праздник. Им удается сделать его не помпезно-показательным, а почти домашне-доверительным, теплым. После него не торопятся расходиться. Снова собираются группами. Фотографируются на память. Это праздник, который остается, который греет. Он так нужен, так важен. И хорошо, что 15 июня в День медицинского работника Первый канал покажет телевизионную версию «Призвания»...

*Российская газета, Москва
(16.06.2014)*

Молодые врачи. Детский невролог Мария Островская

Молодые врачи. Своим мнением о ситуации в российском здравоохранении делится детский невролог в отделении психоневрологии № 2 Российской детской клинической больницы Мария Островская.

Возраст: 28 лет.

Образование: Российский государственный медицинский университет им. Н.И. Пирогова (РГМУ, сейчас — Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова), ординатура по неврологии на кафедре неврологии и нейрохирургии педиатрического факультета РГМУ им. Н.И. Пирогова, стажировки в Hôpital Necker-Enfantes Malades (Париж, Франция), Maimonides Medical Center (Нью-Йорк, США), Childrens Hospital of Pittsburgh (Питсбург, США).

Стаж: 6 лет.

Специализация: детский невролог.

Должность: детский невролог в отделении психоневрологии № 2 Российской детской клинической больницы.

О работе за границей

После ординатуры я проработала год как консультант в Российской детской клинической больнице (РДКБ). А потом решила, что мне надо учиться дальше и стала подавать заявки в разные клиники. Наверное, с точки зре-

ния американцев это было глупо: какая-то девочка из России пишет в Mayo Clinic, Cleveland Clinic, The Johns Hopkins Hospital — известные и авторитетные клиники — говорит, хочу к вам приехать. Обычно мне не отвечали, кто-то, правда, написал, что у них есть программа на 2015 год, а обращалась я к ним в 2010. И я пожаловалась на это другу семьи, который лет 20 назад переехал в США и работает там детским неврологом. Он, недолго думая, договорился с человеком, у которого учился, и я на 8 месяцев отправилась в Америку. Меня включили в программу довольно интересного исследования, пациентов я не лечила, но под конец, когда стало понятно, что я что-то знаю, мне дали их опрашивать. Мне предлагали остаться, два года подтверждать диплом и пять лет получать специализацию. Я, конечно, люблю учиться, но у меня в России остались семья, друзья, к тому же в детстве я жила за границей, и это был тяжелый опыт. Поэтому я отказалась. Когда я вернулась, в РДКБ появилась ставка, и я пошла туда работать.

О предмете зависти американских врачей

В Америке все удивлялись моим знаниям. Но дело было не во мне, а в российской системе, когда люди с самыми редкими диагнозами, в самых сложных ситуациях едут в одну из, может быть, трех больниц. В РДКБ лечатся дети со всей страны. Поэтому я видела разные редкие синдромы. То есть американские врачи об этом только читали, а я уже наблюдала шестерых пациентов. Мне очень интересно в РДКБ. Жаль только, что у нас нет экстренных поступлений.

ЕСЛИ ТЫ НЕ ДЕЛАЕШЬ ЭТО ХОРОШО, ТО НЕ НАДО ЭТО ДЕЛАТЬ ВООБЩЕ

О доступе к знаниям

Я часто езжу учиться за границу. Так сложилось, что по-английски я говорю свободно, и это очень помогает. В основном, конечно, в такие поездки я отправляюсь за свои деньги. Больница редко оплачивает стажировки или посещение семинаров и только по России. К счастью, можно получить заграничные стипендии. В неврологии их много. Еще часто за подобные поездки платят фармкомпания. И я понимаю тех врачей, которые соглашались на такие условия: ездить на свои деньги довольно накладно.

Зачем мне это нужно? Я просто воспитана так, что всегда надо делать лучше. То есть, если ты не делаешь это хорошо, то не надо это делать вообще. Если не стремиться быть лучше всех, то неинтересно. В медицине все очень быстро меняется, а на этих стажировках, семинарах, мастер-классах рассказывают о самых новых подходах, методах лечения, диагнозах. Вот появляется какой-то особый режим магнитно-резонансной томографии, я о нем знаю в целом, но не понимаю, как применять. Появляется куча генетических методов исследования — как их трактовать? И на стажировках все это узнаешь. Последний раз я была на семинаре в Италии. Там

с 8:15 практически до 23:00 ты каждый день учишься. И на любом кофе-брейке, за едой ты обсуждаешь пациентов, обсуждаешь пациентов, обсуждаешь пациентов. Для нас пытались провести какую-то экскурсию, но, как в любой врачебной компании, через две минуты все разговоры снова свелись к пациентам. В общем, я вернулась со знаниями, которые просто надо брать и применять на практике.

Почему врачи не эмигрируют

Мой папа работал в Институте нейрохирургии (Научно-исследовательском институте нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко — прим. ред.), ездил туда смотреть пациентов на выходных и, когда я была маленькой, брал меня с собой. Я там ходила, общалась с медсестрами. Мне казалось, это волшебный мир, где все друг друга любят. Да, Институт Бурденко этим отличался, там в реанимации была и есть классная команда. И пациенты у них в основном вылечивались, что тоже добавляло оптимизма. В общем, я выбрала медицину, думая, что буду работать в большой дружной семье. В итоге мне повезло с коллегами, с которыми я тесно общаюсь, с работой. Но все равно я понимаю, что проблем много. Однако, несмотря на них, даже те врачи, которые могут, не эмигрируют. Здесь огромное поле для деятельности. Тут интересно было бы что-то построить. А за рубежом в основном все есть. Мне кажется, многие люди греются как раз этой мыслью. Я тоже просто жду момента, ищу какие-то возможности что-то изменить, сделать лучше.

Но справедливости ради стоит сказать, что врачи не эмигрируют и по другим причинам. Мне казалось, что после университета за границу уедет много моих однокурсников. Но нет. Отчасти проблема заключается в плохом английском, отчасти — в финансовых трудностях. Может быть, еще в нашей привязанности к месту и людям. Ведь в России не принято менять место жительства, особенно если ты живешь в хороших условиях. В других странах редко есть возможность найти работу там, где ты родился и вырос.

В СПОРАХ С КОЛЛЕГАМИ, КОТОРЫЕ НЕ ПРИЗНАЮТ ДОКАЗАТЕЛЬНУЮ МЕДИЦИНУ, НЕВОЗМОЖНО ПОБЕДИТЬ. ДЛЯ НИХ АРГУМЕНТ — СВОЙ ОПЫТ, ДЛЯ МЕНЯ — РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

О взаимопонимании с коллегами

Наверное, если бы во время учебы здесь я читала только русскую литературу, на стажировке в США для меня было бы большим открытием отсутствие диагноза «вегето-сосудистая дистония» у 50 процентов людей в популяции. Но я всегда много читала по-английски и поэтому еще с университетских времен более-менее находилась в поле мировой науки.

Один мой коллега как-то сказал: «Доказательная медицина — это религия. Ты либо веришь в нее, либо нет». Не может быть такого, что вот здесь я все делаю так, как говорит доказательная медицина (концепция медицины,

в которой решения принимаются на основе результатов клинических исследований — прим. ред.), а вот здесь можно и как бог на душу положит. Конечно, лучший подход — индивидуальный, но базироваться он должен на принципе доказанных данных. Жить среди тех, кто не верит, сложно. Но у меня в голове есть четкая схема, и мне не надо спорить с самой собой, а это главное. В спорах с коллегами, которые не признают доказательную медицину, невозможно победить: у вас нет единой точки опоры. Для них аргумент — свой опыт, для меня — результаты исследований. Чтобы меня понимать, нужно читать на английском: на русском этих данных практически нет. Английский у нас знают не очень хорошо. В Москве еще как-то, а в регионах хуже. (Но и там попадаются какие-то удивительные, классные, активные, постоянно учащиеся люди. Их, правда, один на сто врачей). Результат этого разного взгляда на источник знаний — то, на что жалуются пациенты: мы к этому пришли — он нам одно сказал, к другому пришли — другое сказал. Это абсолютно объяснимо формирует недоверие пациентов.

О совершенствовании без отрыва от производства

Я была в США, Франции, Германии, Италии. Там врачи знают больше в частности потому, что они постоянно друг с другом обсуждают больных. Там не бывает так, что один врач кого-то лечит, а остальные даже не знают о существовании этого пациента. Там каждый день проводятся обходы с врачами разных специальностей. При этом присутствуют ординаторы, студенты. И в таких обсуждениях часто действительно рождается истина. В первых, предлагаются новые подходы, во-вторых, это страховка от ошибок. И в плане результата лечения, и в плане обучения это очень ценно. В России таких обсуждений гораздо меньше. Бывают консилиумы, но часть из них довольно формальна. Они не вызывают энтузиазма по нескольким причинам: у врачей нет времени (все-таки бумажной работы довольно много), надо договариваться с коллегами, а это отдельная история, кроме того, нет желания двигаться вперед — отсутствие мотивации.

ОСМОТР ВРАЧА ПО СИСТЕМЕ ОМС СТОИТ 142 РУБЛЯ. КАКОЕ ОТНОШЕНИЕ К РЕАЛЬНОСТИ МОЖЕТ ИМЕТЬ ТАКАЯ СУММА?

О секретарях для врачей

В нашей системе время врачей расходуется поразительно неэффективно. Вот в Америке хирурги не занимаются тем, что лечат тошноту, рвоту, температуру. Они оперируют. В то время, когда они не оперируют, они либо учатся, либо кого-то учат, потому что их время очень дорого. У нас хирурги наблюдают больных после операции и занимаются тем, с чем бы справился терапевт или педиатр.

Мне кажется, давно надо нанять врачам секретарей. В РДКБ можно сидеть и просто бесконечно отвечать на звонки. Часть из этих вопросов имеет смысл, часть нет. Я еще даю сотовый пациентам, и у меня звонит то один

телефон, то другой. В конце дня уже нет сил разговаривать. Плюс у нас дикое количество бумажной работы, которая не требует восьмилетнего образования. Для врача это просто пустая трата времени.

О потолке

Мой муж работает в городской больнице. Он подсчитал, что ему платят 5 долларов в час, а если учесть, сколько он работает сверх нормы, то получается и того меньше. Понятно, что врачи работают, в общем-то, не за деньги, они работают за удовольствие от лечения больных. Но для того, чтобы оно поддерживалось, надо все время к чему-то стремиться. И важно видеть, что все остальные в этом движении тоже заинтересованы. А так ты понимаешь, что будущего у тебя нет. Ты быстро достигаешь потолка зарплаты. Ты можешь увеличить количество работ, но это нельзя делать бесконечно, тем более если у тебя семья. Можно стать заведующим отделением: будешь делать то же самое, но плюс несколько тысяч к зарплате и адское количество бумажек и административной работы. Да, появляется возможность что-то регулировать, но по сути ты не имеешь права сам что-то менять. Ты можешь знать, как организовать все эффективнее, но никто не дает тебе это сделать.

Можно уйти в частную клинику, там тебе будет и подписка на специализированные журналы, и доступ к различным базам данных, и возможность самому придумывать как организовывать работу. Это хорошо, но я не вижу, чтобы частная медицина поддерживалась государством. Она может рассчитывать только на тех пациентов, которые в состоянии достаточно много платить. Если бы получилось в систему обязательного медицинского страхования включить частные клиники, было бы чудесно. Пациент сам бы смог выбирать, где ему лечиться, и началась бы вполне здоровая конкуренция, а в условиях конкуренции повысилось бы качество помощи. Но пока препятствие для этого — то, что, например, осмотр врача по системе ОМС стоит 142 рубля. Какое отношение к реальности может иметь такая сумма?

ГОСУДАРСТВО ТРАТИТ НА НООТРОПНУЮ ТЕРАПИЮ БЕЗУМНЫЕ ДЕНЬГИ. НО НЕ СУЩЕСТВУЕТ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ ТОГО, ЧТО ЭТО ЛЕЧЕНИЕ РАБОТАЕТ

О неизбежности бесполезного лечения

При ДЦП в России, бывших странах СНГ и еще, может, где-нибудь в Венгрии используют ноотропную терапию. Но не существует доказательств того, что такое лечение работает. Государство тем временем тратит на эти препараты безумные деньги, и мы тоннами должны заливать такие лекарства в пациентов. На деньги, которые мы тратим на ноотропы, можно было бы организовать хорошую реабилитационную службу. Если не существует препаратов, которые помогут пациенту, мне часто приходится кривить душой и говорить: «Давайте поколем такой-то ноотроп», — хотя я могу не верить в эффективность подобных средств. Это из серии: ты не дашь, так

другие дадут. Просто если ты не назначаешь лечение, родители думают: «Плохой врач, пойдем к другому». При этом должна сказать, что я не ставлю лишние диагнозы. Бывают тревожные родители, и если им говоришь, что ребенок здоров, они не верят. Кто-то в этом случае что-нибудь диагностирует. И приходят дети с кучей болезней в карточке, нет только воспаления коленной чашечки и родильной горячки.

О наркотиках для больных детей

Неприятно то, что, с одной стороны, нас заваливают бессмысленными препаратами, с другой — доступ к действительно необходимым затруднен. Например, диазепам и фенобарбитал используются для лечения судорог. С прошлого года эти лекарства приравнивали к наркотикам. Я не думаю, что основной наркотрафик в нашей стране идет из больниц. Особенно в виде фенобарбитала, от которого только засыпаешь. Теперь эти препараты надо выписывать по спецрецептам. То есть если у ребенка судороги и необходимо применить «Реланиум» (диазепам — прим. ред.), нужно звать человека из реанимации. У нас очень длинная больница, он идет минут шесть. Если бежит — четыре. Он делает укол. Потом уходит к себе в отделение, препарат не работает, человека надо снова вызывать. Это дико сложная система. По-хорошему диазепам должен быть у родителей дома. Вот есть фебрильные судороги (судороги из-за температуры), они бывают у обычных детей предположительно из-за незрелости центра терморегуляции. Единственное, что нужно в такой ситуации сделать — ввести диазепам. Чем дольше ждешь, тем хуже прогноз. Приступ, как правило, проходит сам, но если он продолжается больше 15 минут, это уже называется статус, есть риск, что в мозге произойдут необратимые изменения, лечить это состояние уже намного сложнее. У нас же для ввода диазепама надо вызвать скорую. Это минус время врачей, минус стоимость вызова. Раньше родители могли из-за границы привезти такой препарат в свечах и спокойно жить дальше, даже колоть ребенка не надо. Теперь его ввозить нельзя: это контрабанда наркотиков.

ЕСЛИ ТЫ ПРИХОДИШЬ В ПОЛИКЛИНИКУ И НЕ ОСТАВЛЯЕШЬ ТАМ ДЕНЕГ, ЭТО НЕ ЗНАЧИТ, ЧТО ТЫ НЕ ЗАПЛАТИЛ ЗА ПРИЕМ: ТЫ ЗАПЛАТИЛ ИЗ СВОИХ НАЛОГОВ

О самом главном при хроническом заболевании

Нередко мои пациенты — это дети с хроническими заболеваниями. И я вижу, что им и их родителям очень нужна профессиональная психологическая помощь. Причем она должна быть не дополнением к лечению, а его частью. Тогда исход будет лучше. Когда ситуация из года в год тяжелая, больным и их родителям нужно ставить цели, чтобы человек видел: что-то меняется. А то, бывает, спрашиваю: «Как ваши дела?» — «Да плохо все». — «А что вообще происходит?» — «Ну он вставать начал». А ребенок до этого в лежку лежал. Просто родители не замечают путь, который прошли, и думают, что

ничего не меняется. И в отсутствие психолога мы помогаем им видеть прогресс. Но ведь на этом далеко не заканчиваются все функции такого специалиста.

Люди, у которых в семье ребенок с тяжелым хроническим заболеванием, не чувствуют поддержки общества, в России это большая стигма, на тебя смотрят косо, отсутствует выраженная поддержка со стороны государства. За границей есть специальные центры, где хронический больной может провести какое-то время и получить хороший уход. Даже если это ребенок, который питается через трубочку, местные медсестры сделают все, что нужно. А родители тем временем могут пойти на работу или просто съездить в отпуск. У нас же обычно мамы все бросают и годами не выходят из дома.

О «бесплатной медицине» и протесте

Все эти трудности, с которыми сталкиваются врачи и пациенты, — во многом результат скудного финансирования. Есть такое странное словосочетание — «бесплатная медицина». Но если ты приходишь в поликлинику и не оставляешь там денег, это не значит, что ты не заплатил за прием: ты заплатил из своих налогов. Правда, власть решила, что денег поликлинике нужно давать очень мало. А если платишь за что-то очень мало, то, скорее всего, результат будет очень плохим. Это нормально. А бывает, что и финансирование достаточное, но распределение денег и организация процесса чрезвычайно неэффективны. Люди наполняют казну из своих налогов, и их задача контролировать распределение денег. Если вам не нравится, как все устроено, скажите об этом. Нам тоже многое не нравится. Но мы не можем быть единственными людьми, которые об этом все время говорят. Должен быть какой-то голос общества. Тем более что средняя продолжительность жизни напрямую зависит от уровня медицины. А если поговорить с любым российским врачом, никто не скажет, что все очень хорошо.

Конечно, далеко не все доктора в состоянии высказываться громко, и их можно понять: всегда есть страх потерять работу. Особенно если они немолоды. Особенно в регионах (в Москве больше частных клиник, куда можно пойти). Особенно если это врачи хирургических специальностей. Мне-то все равно, я могу хоть на улице прием провести, а хирургам нужны особые условия, которые есть далеко не везде. Но я надеюсь, когда-нибудь система изменится, и у врачей будут все условия, чтобы просто хорошо делать свою работу.

*MedPortal.ru, Москва
(13.06.2014)*

ИТ-решения в здравоохранении

В 2011 г. было объявлено, что на программу информатизации здравоохранения только из Федерального фонда обязательного медицинского страхования в течение двух лет планируется направить 24 млрд руб. Кроме того, ре-

гионы тоже должны были выделить на эти цели порядка 10 млрд. Речь в первую очередь шла о создании «Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения» (ЕГИСЗ). Вся система российской государственной медицины, по мнению организаторов проекта, должна быть включена в единое информационное пространство.

Однако эксперты прекрасно понимали: это колоссальный проект, и к его реализации по большому счету не готовы ни медицинские учреждения, ни ИТ-компании. Да и выделенных средств будет явно недостаточно: по некоторым оценкам, разработчики концепции ЕГИСЗ оценивали объем необходимого финансирования почти в 100 млрд руб.

На недавно проходившей конференции Spews «ИКТ в госсекторе 2014» заместитель директора департамента информационных технологий и связи Министерства здравоохранения РФ Роман Сафронов подчеркнул, что проблемы, возникшие в ходе реализации проекта по созданию ЕГИСЗ, были вызваны недостаточным финансированием и неготовностью ИТ-компаний к долгосрочному сотрудничеству. На момент старта проекта ЕГИСЗ на рынке не было крупных поставщиков ИТ-решений для медицины. Кроме того, в департаменте уверены, что реализацию проектов в области здравоохранения тормозила конкурентная борьба между поставщиками, в результате которой заказчики порой не успевали в срок освоить выделенные на проект средства и по окончании года возвращали их в федеральный бюджет. Ну и наконец, еще одним серьезным препятствием на пути реализации программы эксперты называют отсутствие единой стройной концепции развития ЕГИСЗ.

С другой стороны, проекты в области автоматизации здравоохранения идут уже довольно давно. Первые системы были созданы еще в 2008-2009 гг. Многие из них вполне успешны, так что дела потихоньку идут.

Мы решили узнать, как оценивают сегодняшнюю ситуацию участники программы, ИТ-компании, непосредственно работающие в области реализации ИТ-проектов в области здравоохранения.

Прежде всего, хотелось бы понять, какие ИТ-проекты в этой области уже завершены, какие продолжаются, а как какие еще не приступали.

«Если судить по отчетам субъектов Федерации и Министерства здравоохранения РФ, большинство задач, зафиксированных в региональных концепциях модернизации здравоохранения на период до 2013 г., были выполнены, — рассказывает эксперт центра компетенций Дирекции по работе с государственными учреждениями компании «Открытые Технологии» Андрей Налетов. — Безусловно, с разной долей успеха, но ключевые сервисы были подключены и переведены в промышленную эксплуатацию».

Прежде всего, речь идет о таких сервисах, как запись на прием к врачу, управление очередями, электронная регистратура, подготовка регламентированной медицинской и статистической отчетности. В ряде регионов была запущена электронная медицинская карта пациента (ЭМК). В

некоторых регионах ее даже «привязали» к паспортной базе жителей. А некоторые регионы уже приступили к разработке единой лабораторной системы. Был запущен еще ряд сервисов, обеспечивающих учетные и управленческие функции.

По мнению Андрея Налетова, на втором этапе организациям сферы здравоохранения и регулирующим органам предстоит еще более непростая задача. Необходимо сформировать единую медицинскую экосистему, которая должна обеспечить полноценный персонифицированный учет, управление всеми медицинскими записями и их отражение в ЭМК. При этом в соответствии с регламентами информация должна быть доставлена в ЕГИСЗ РФ. «Пока речь идет об амбулаторном звене, где автоматизированы процессы управления очередями, запись на прием, оформление статистической отчетностью, выписка больничных, базовый функционал ЭМК, — поясняет Налетов. — В ряде регионов частично автоматизирован процесс лабораторных исследований и т.д. Безусловно, в каждом регионе все по-разному, но процесс идет».

Руководитель направления по работе с организациями сектора здравоохранения SAP СНГ Дмитрий Горбачев подчеркивает, что уже можно говорить об успешном завершении оснащения парка машин скорой помощи оборудованием системы ГЛОНАСС.

По словам заместителя генерального директора компании «БАРС Груп» Владимира Соловьева, к настоящему моменту создана инфраструктура федерального сегмента ЕГИСЗ и региональные сегменты практически во всех областях, краях и республиках кроме нескольких. И теперь на основе этой инфраструктуры развертываются различные прикладные сервисы (регистры, медицинские информационные системы, МИС, средства для телемедицины и другие). Причем некоторые сервисы уже переданы в эксплуатацию.

«В масштабах страны проделан огромный объем работы, с учетом того, что во многие ЛПУ (лечебно-профилактические учреждения) нужно было элементарно поставить компьютеры и проложить каналы связи, — подчеркивает Соловьев. — Главное, к чему еще не приступали, это нормативно-правовая база электронной медицины. Здесь нужно существенно обновить множество документов или разработать новые, чтобы на законных основаниях осуществлять безбумажный документооборот, обмен персональными данными, использовать электронную подпись».

По оценкам заместителя генерального директора ПК «Аквариус» Владимира Винокурова, завершены поставки, связанные с созданием инфраструктур ЛПУ, продолжают внедрения МИС. Однако широкое внедрение и интеграция различных систем в единую информационную систему, по сути, еще не начались.

Согласен с коллегами и исполнительный директор компании Artezio (входит в ГК ЛАНИТ) Павел Адылин: «Так или иначе, все масштабные ИТ-проекты в этой сфере находятся в незавершенной стадии». Сейчас наиболее успешной и близкой к завершению в рамках госпрограм-

мы, по мнению Адылина, можно считать Единую медицинскую информационно-аналитическую систему Москвы (ЕМИАС), созданную Департаментом информационных технологий Правительства Москвы при участии ряда ведущих ИТ-компаний, а также внедрение регионального компонента ЕГИСЗ компанией «Ростелеком» в пилотной Иркутской области.

Директор по работе с корпоративными заказчиками компании КРОК Дмитрий Мугенов считает, что картина автоматизации медицинской отрасли в России сегодня неоднородная. Во многих регионах уже завершено или подходит к финалу внедрение электронной регистратуры. Она позволяет вести запись на прием к врачу через Интернет, информационные киоски и мобильные приложения. Система работает в Пермском крае, в Татарстане и многих других регионах. В Москве, по словам Мугенова, полномасштабное внедрение началось в 2012 г. и большая часть работы проделана. Функционируют мобильные приложения, порталы для записи на прием к врачу. Более того, в Москве создана система управления потоками пациентов, которая позволяет анализировать реальную загруженность врачей, количество доступных специалистов, срок ожидания в очереди. Подобные системы дают возможность систематизировать информацию обо всех участниках цепочки (пациенты, врачи, оборудование, свободные медицинские площади и т.д.) и влиять на качество медицинской помощи.

По мнению технического директора SafenSoft Станислава Шевченко, сказать, какие этапы информатизации здравоохранения уже завершены, проблематично. Зато очень просто понять, чего еще нет. «Единое информационное пространство для всех медицинских учреждений создать пока не удалось, даже в крупных городах в бесплатной медицине преобладают бумажные формы передачи информации, — не скрывает Шевченко. — С другой стороны, в коммерческой медицине достигнут некоторый прогресс во взаимодействии между разными частями каждой отдельной компании, предоставляющей медицинские услуги, а также весьма упрощено электронное взаимодействие с пациентами. Но между собой такие системы разных компаний не контактируют. Из того, что активно внедряется или уже внедрено в других странах, но отсутствует у нас даже в зачаточном состоянии, можно выделить, например, интеграцию здравоохранения и мобильных систем — имеются в виду такие сервисы, как поиск ближайших пунктов медицинского обслуживания на основе геолокации с мобильного устройства, возможность вызвать скорую помощь без телефонного звонка и диктовки адреса по телефону и т. п.»

Андрей Налетов отмечает, что за рамками информатизации пока остаются стационары и клинично-диагностические центры. «Вопросы их информатизации до последнего времени решались не комплексно, на уровне региона, а находились в ведении руководства этих медицинских заведений, — объясняет Налетов. — Сейчас, на втором этапе программы развития здравоохранения, предпола-

гается уделить большее внимание данному звену. На самом деле это весьма непростой процесс, требующий более значительного финансирования, кадрового обеспечения и готовности врачей к новому. Но главное — мотивации медиков, которой не хватает».

Дмитрий Горбачев также полагает, что к основной работе по внедрению федерального компонента ЭМК (электронной медицинской карты) только приступили. «Учитывая текущее положение вещей в самой медицине, нам кажется, что главные ИТ-проекты в этой сфере еще впереди», — уверяет Горбачев.

Производители и поставщики

Сколько на российском рынке производителей и поставщиков ИТ-систем для здравоохранения, сказать сложно. Павел Адылин напоминает, что в ассоциации развития медицинских информационных технологий зарегистрировано около 130 МИС, около 60 из них действуют и действительно являются полнофункциональными системами. В десятку лидеров этого сектора рынка, по мнению Адылина, входят такие компании, как «Амулет», «Интерин», «Пост Модерн Технолоджи», «Комплексные медицинские информационные системы», «СофтТраст» и др. На их долю приходится около четырех сотен инсталляций МИС в различных регионах России.

«Можно сказать, что количество производителей МИС в России сокращается, — уверяет Адылин. — Это связано с госрегулированием отрасли и приоритетом “Ростелекома” в реализации ЕГИСЗ и создании МИС для государственных медицинских учреждений. Возможности частных производителей МИС ограничиваются рынком частных же ЛПУ».

Владимир Соловьев также замечает, что «круг поставщиков МИС значительно сузился». «Видимо, дело в том, что ИТ-проекты в медицине низкомаржинальны, — размышляет Соловьев. — Чтобы получить доход, нужно много и долго работать».

По словам Владимира Винокурова, в качестве поставщиков оборудования для ИТ-систем можно выделить несколько основных производителей компьютерной техники, в том числе «Аквариус». С точки зрения МИС, существует около десятка разработчиков, пытающихся реализовать региональные фрагменты ЕГИСЗ.

Станислав Шевченко подчеркивает, что существует не очень много производителей ИТ-систем для крупных медучреждений. Однако в целом у каждого медучреждения свои требования к МИСам, которые приходится обсуждать в процессе взаимодействия с разработчиками. «Стандартизация находится в зачаточном уровне, из-за чего возникают очевидные проблемы совместимости и безопасности», — говорит Шевченко.

По мнению Андрея Налетова, стандартов (ГОСТов) написано уже много, но часто они уже де-факто устарели. «Технологии и решения ушли далеко вперед, — поясняет Налетов. — Поэтому на рынке информатизации медицины нет или мало “стандартных” систем, хотя есть системы со стандартным набором функций и возможностей. Постав-

щиков много: около сотни, хотя известных — не более 20. В целом все системы достаточно схожи по функционалу, что соответствует регламентам и стандартам МЗ РФ. В основном они обеспечивают ведение учета и мало чем могут способствовать лечебному процессу».

Тормоза

Насколько разработку и внедрение ИТ-систем для здравоохранения затормозила наступившая на рынке стагнация, сказать трудно. Скажем, по словам генерального директора компании TEGRUS Валерия Щукина, в том, что касается решений для государственных лечебных учреждений, особенно создаваемых в рамках государственных федеральных программ, каких-либо негативных тенденций не наблюдается. «Снижение темпов роста макроэкономических показателей в нашей стране в последние годы практически не сказалось на реализации этих программ, — уверяет Щукин. — В частной медицине заказчики сместили акцент на создание менее капиталоемких ИТ-решений. Однако, на мой взгляд, это явление носит краткосрочный характер, и уже в обозримом будущем такие заказчики возобновят инвестирование в крупные проекты».

Станислав Шевченко уверяет, что спрос на ИТ-системы для здравоохранения так же, как и на модернизацию этих систем, есть. А благодаря регулированию вопросов соответствия операторов персональных данных вообще и медучреждений в частности требованиям по работе с данными наступает вторая волна информатизации. Просто потому, что в самом начале процесса мало кто задумывался об информационной безопасности в рамках медучреждений.

А вот по мнению Владимира Винокурова, стагнация на рынке есть и весьма существенная из-за отсутствия федерального финансирования на информатизацию. «Зарекомендовавших себя решения постепенно модернизируются, но чего-то принципиально нового не разрабатывается, — сетует Винокуров. — Например, мы внедрили телемедицинские системы в ряде региональных ЛПУ. Проекты интересные, новаторские, не имеющие, по сути, аналогов в мире, но крупными их назвать тяжело».

Павел Адылин отмечает, что сегодня рост числа внедренных новых МИС невысок. «Часто заявленная инсталляция МИС сводится к предоставлению доступа лишь нескольким сотрудникам медицинского учреждения, поэтому всегда остается возможность дальнейшего масштабирования, — поясняет Адылин. — Работа поставщиков сводится в основном к расширению уже внедренных МИС (поставка дополнительных рабочих станций, поддержка инфраструктуры), что и становится основным средством заработка компаний».

Андрей Налетов подчеркивает, что деньги на государственную или региональные программы развития отрасли на бумаге есть. «Но если начать разбираться — окажется, что деньги идут в первую очередь на поддержание сферы здравоохранения и на ее обеспечение лекарствами,

оборудованием, медицинскими материалами, — рассказывает Налетов. — Много денег идет на ремонты клиник. ИТ финансируется по остаточному принципу. При этом зачастую сами врачи не понимают, зачем им это нужно. Остановилось финансирование почти всех федеральных проектов. Региональные как-то еще живут, но только в регионах-донорах. Есть деньги на поддержку и незначительное развитие».

А Владимир Соловьев уверяет, что на его компании рыночная стагнация никак не отразилась.

Кто заказывает музыку

Основным заказчиком ИТ-систем в здравоохранении на сегодняшний день является государство. Это вполне понятно и логично. Решение о создании ЕГИС в сфере здравоохранения было принято правительством РФ, средства на автоматизацию отрасли поступают из федерального и региональных бюджетов.

Именно государство, по словам Дмитрия Горбачева, «способно выделить необходимый объем финансирования для информатизации медицины, и именно оно, по сути, может быть заинтересовано в его внедрении». От лица государства выступает чаще всего Министерство здравоохранения РФ, а также подведомственные ему учреждения, региональные министерства здравоохранения, руководство субъектов федерации.

Однако не все так однозначно. Государство хотя и выступает пока в роли основного, главного заказчика, драйвера развития этого рынка и в какой-то степени его гаранта, но не является единственным заказчиком.

По мнению Владимира Винокурова, поскольку в связи с отсутствием федерального финансирования в течение последних двух лет, крупные проекты — сегодня редкость, основными заказчиками стали региональные ЛПУ.

По словам Павла Адылина, в основном медицинские информационные системы внедряются в государственных (в основном муниципальных) лечебно-профилактических учреждениях. На их долю приходится около 2/3 всех инсталляций. «Однако стабильно растет и доля коммерческих заказчиков, которые обеспечивают уже почти четверть проектов, — подчеркивает Адылин. — Наибольший рост внедрений МИС (70% от всех) — на счету» поликлиник и медицинских центров, что связано с программой информатизации и приведения к общему электронному стандарту работы именно амбулаторных учреждений».

«Традиционно на местном уровне основным заказчиком является местный оператор медицинских систем, который был назначен руководством региона, — рассказывает Андрей Налетов. — Это могут быть МИАЦы, департаменты или министерства здравоохранения региона или иные государственные информационные центры, способные осуществлять подобную деятельность. По-прежнему остаются заказчиками районные или областные больницы. С изменением системы финансирования Министерство здравоохранения РФ все реже имеет возможность заказывать внедрение МИС».

Дмитрий Мугенов отмечает: заказчиками могут быть и отдельные стационары (крупные комплексы), больницы, непосредственно главные врачи. Какие-то решения предоставляются по федеральному распоряжению, какие-то по настоянию главврача.

Дмитрий Горбачев подчеркивает: в будущем основными заказчиками должны стать именно врачи. «Основные ключевые показатели деятельности федерального здравоохранения, которые старается улучшить Минздрав, должны базироваться на анализе первичных данных, собранных с каждого рабочего места врача, — поясняет Горбачев. — Суть системы сегодня — это привлечение врачей к заполнению экранных форм и сведению этой информации по региону к трем десяткам цифр для передачи их в федеральный центр. Программа модернизации качественно изменила сознание врачей, они уже по-другому относятся к компьютеризации своей деятельности. У них появились свои требования к имеющимся на их рабочих местах информационным системам. Второй этап информатизации здравоохранения, который мы все так ждем, должен кардинальным образом изменить существующее положение дел. И тогда уже заказчиком станет сам врач».

А по мнению Станислава Шевченко, уже сейчас «заказчиками таких систем обычно являются главврачи коммерческих и/или страховых медицинских учреждений, так как это не медицинская, а управленческая задача. Причем требующая достижения баланса между функционалом желаемой системы и имеющимся бюджетом».

Валерий Щукин считает, что другая большая группа заказчиков таких систем — набирающая обороты частная медицина. На этом рынке работают как индивидуально практикующие семейные врачи, самостоятельно ведущие истории болезней своих пациентов, так и крупные сетевые медицинские центры с территориально-распределенными информационными системами и отказоустойчивыми центрами обработки данных. «Такие клиенты обладают большей свободой в выборе программно-аппаратных комплексов и их функционала, — замечает Щукин. — Но поскольку они инвестируют в разработку и внедрение информационных систем собственные, а не бюджетные средства, то предъявляют более высокие требования к надежности и длительности жизненного цикла таких решений».

Востребовано — не востребовано

Изменение в приоритетах, особенности финансирования, уровень информатизации и автоматизации в конкретных медицинских учреждениях — все это, несомненно, влияет на востребованность тех или иных ИТ-решений. Как развивалась ситуация в последние несколько лет? По словам Владимира Соловьева, как и прежде, более всего сегодня востребованы системы для сопровождения лечебного процесса, т. е. медицинские информационные системы. Однако заказчик стал более требователен. «Если раньше от МИС хотели, чтобы система формировала блок статистических данных (сведения о пациенте, факт приема, врачебные назначения), то сегодня с помощью МИС

хотят решить максимум задач, получить повышение эффективности работы медучреждения, — рассказывает Соловьев. — В приоритете теперь то, что соответствует мировым стандартам. Кроме того, востребованы экспертные системы».

Павел Адылин полагает, что к числу пользующихся повышенным спросом следует отнести решения для организации рабочего места врача, ведения электронных карточек и рандомизации пациентов. Кроме того, растет число внедрений систем ИТ-сопровождения клинических исследований, поддерживающих международные стандарты DICOM, HL7 и т. д. Учреждениям здравоохранения на региональном уровне все больше нужны справочные системы, предоставляющие пациентам информацию о медицинских учреждениях и обеспечивающие централизованную систему электронной записи. Наиболее яркий пример — ЕМИАС, объединяющая уже сотни лечебно-профилактических учреждений Москвы.

По мнению Андрея Налетова, наиболее востребованными решениями являются те, которые могут обеспечить выполнение утвержденных программ развития отрасли, а также поручений президента. «Обеспечение доступности и качества медицинской помощи гражданам стало ключевой задачей на ближайшие годы, — считает Налетов. — Гражданам должен предоставляться набор медицинских услуг, гарантированных государством. Безусловно, имеется множество задач, связанных с активным использованием возможностей первичного звена, — ФАПы (фельдшерско-акушерский пункт), кабинеты врачей общей практики. Именно для их оснащения и обеспечения доступности медицинских услуг сейчас приступают к решению вопросов развития телемедицины. Развиваются активно новые направления диагностики, закупалось и продолжает закупаться современное диагностическое оборудование, которое просто не может эффективно работать без интеграции с медицинскими ИТ-сервисами и системами. В настоящий момент активно рассматриваются системы управления мультимедийными медицинскими данными, телемедицинские сервисы, системы управления лечебным процессом и многие другие. Однако все зависит от региона — его готовности, финансовых и ресурсных возможностей».

Валерий Щукин уверен: хотя рынок медицинских информационных систем характеризуется разнообразием представленных на нем решений, по сути, задача таких систем — максимально автоматизировать рабочие процессы, выполнение которых можно доверить ИТ-комплексу без ущерба для конечного результата. «Таким образом, медицинский персонал освобождается от повседневной рутины, не связанной с лечебным процессом, и может больше времени уделить непосредственно обслуживанию пациентов, — резюмирует Щукин. — Соответственно требования к функционалу программно-аппаратных комплексов определяются спецификой рабочих процессов, характерных для различных лечебных учреждений и их структурных подразделений. Для городских больниц и крупных медицинских центров требуются более мощные

информационные системы, чем для районных поликлиник, соответствующие масштабам и специфике их деятельности».

По наблюдениям Станислава Шевченко, в последнее время требования к МИСам смещаются. Теперь следует фокусироваться не только на функционале медицинской системы, но и соответствовать определенным требованиям регуляторов. «Речь идет в основном об информационной безопасности, — подчеркивает Шевченко. — В отличие от требований непосредственно к функционалу решений для медучреждений, которые весьма расплывчаты, децентрализованы и постоянно устаревают, соответствие определенным критериям безопасности работы с данными воспринимается всерьез. Неудачная для учреждения проверка влечет за собой серьезные штрафы. Таким образом, сейчас возник высокий спрос на МИСы с встроенной или интегрированной системой информбезопасности другого разработчика».

Дмитрий Горбачев считает, что приоритеты в информатизации за последний год изменились. «В российском здравоохранении сейчас востребованы системы, необходимые для интеграции регионального и федерального компонентов Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ), а также системы, позволяющие реализовать задачу функционирования реестра нормативно-справочной информации (НСИ), классификаторов и справочников на региональном уровне. На подходе — единый реестр медицинских и фармацевтических работников и его реализация в регионах», — сообщает Горбачев.

Показательно, что список систем, до сих пор не востребованных рынком, гораздо разнообразнее. «По-прежнему за рамками модернизации остаются так называемые интеллектуальные медицинские системы, которые обеспечивают эффективность лечебного процесса и способны помогать врачам принимать правильные и обоснованные решения, — сетует Андрей Налетов. — Основная проблема — это их цена. Западные системы не только дороги, но и не совсем соответствуют утвержденным регламентам и правилам лечения в нашей стране. Они ориентированы изначально на стандарты европейских стран или США. Требуется длительный и дорогостоящий процесс адаптации их к нашим реалиям. Тема активно обсуждается, как среди врачей, так и среди ИТ-специалистов, но решения пока так и нет».

«Увы, до сих пор остаются невостребованными системы аналитической отчетности, — жалеет Владимир Соловьев. — Наша компания вплотную занимается BI-решениями, но они не находят должного отклика в органах здравоохранения. Все сдают официальную регламентированную отчетность, но мало кому интересно посмотреть данные в разных срезах, провести более глубокий анализ причинно-следственных связей. Мы ждем, что однажды это направление “проснется”».

По словам Владимира Винокурова, с трудом продвигаются системы, связанные с телемедициной, и

PACS-системы (Picture Archiving and Communication System, передача и архивация изображений). И это при том, что всем ясно, насколько они актуальны. Все упирается в отсутствие финансирования.

«Информационно-аналитические составляющие представленных на российском рынке ИТ-решений для медицины пока не могут обеспечить пациентов полной информацией о характере заболеваний, лечебных процедурах, о ранжировании медицинских учреждений и врачей, специализирующихся на лечении того или иного заболевания, — рассказывает Павел Адылин. — Проще говоря, пациент, выбирая лечение, может рассчитывать только на советы друзей и участников интернет-форумов». По его мнению, медперсонал все еще мало востребованы информационные системы, предоставляющие доступ к источникам актуальной информации о конкретных медицинских случаях или позволяющие консультироваться с другими специалистами в режиме онлайн и принимать коллегиальные экспертные решения. «Такие глобальные системы обмена медицинской информацией, как например, Health Information Exchange System (HIE), создаваемая и внедряемая американско-израильской компанией dbMotion совместно с Artezio, довольно популярны в странах Запада. Возможно, в России пока еще недостаточно наработана база пациентов, и поэтому нет возможности выйти на качественно новый уровень», — размышляет Адылин.

Дмитрий Мугенов в качестве примера не пользующихся популярностью систем приводит «слишком экзотичные» для российских медицинских организаций 3D-решения, за которыми, по мнению специалистов, большое будущее. «Сегодня 3D-проекции могут быть полезными для медицинских вузов и как средство повышения квалификации врачей, — напоминает Мугенов. — Кроме того, подобные решения находят место непосредственно в лечении. Например, нахождение в 3D-комнате с соответствующим сценарием стоит рассматривать как метод реабилитации и лечения психологических заболеваний, различных видов травм и т. д.»

По словам директора по работе с корпоративными заказчиками компании КРОК, не получила широкого распространения и электронная медицинская карта в масштабе региона или тем более страны. Причина — технологическая сложность, проблемы организационного и методологического характера. Срок внедрения такой системы — порядка пяти лет. «ИТ-компании, которые утверждают, что они установили электронную карту в поликлиниках, скорее всего, имеют в виду только ее локальный функционал, — подчеркивает Мугенов. — В действительности электронные карты должны быть интегрированы со всеми основными прикладными медицинскими системами. Реализация таких проектов — это изменение парадигмы работы медицинского персонала не в отдельно взятом учреждении, а во всем городе и стране». А Станислав Шевченко подчеркивает, что локальные системы «под Линукс» остаются востребованными только в изначально внедривших их организациях без какой-либо серьезной надежды на широкую востребованность.

За бортом

Кроме невостребованных систем существуют и перспективные ИТ-технологии и сервисы, которые, несмотря на свою привлекательность, пока остаются за бортом федеральной программы. Сегодня, как точно заметил Андрей Налетов, реализуются наиболее понятные задачи, связанные с учетной деятельностью.

«Задачи информатизации клинической деятельности, процессов лечения пациентов, сервисов, обеспечивающих поддержку врачей, все еще остаются за рамками процесса модернизации», — резюмирует Налетов.

Согласен с коллегой и Владимир Винокуров: «Пока реализована только запись к врачу на федеральном уровне, остальные сервисы находятся в самом начале реализации».

По мнению Станислава Шевченко, безопасность (несмотря на то, что должна закладываться в любую систему изначально) все равно остается основной проблемой существующих медицинских ИТ в нашей стране.

«Нельзя сказать, что какие-то технологии или услуги “остались за бортом”, но реальных проектов по некоторым из них очень мало, — напоминает Павел Адылин. — Например, об использовании свободного ПО было заявлено еще в рамках программы “Информационное сообщество”, однако на сегодняшний день более 80% МИС построены на проприетарных платформах Microsoft, Oracle и IBM».

По мнению исполнительного директора компании Artezio, среди мировых трендов, которые в России пока малозаметны, можно отметить: облачные технологии (автоматизация «Ростелекомом» в конце 2013 г. клинических лабораторий по модели SaaS для первого регионального фрагмента ЕГИСЗ), миграция на web-приложения (в российских решениях рабочие места реализованы в основном как толстый клиент), поддержка мобильных устройств, поддержка международных стандартов (HL7, IHE, HIPAA и др.), использование технологий BigData (это направление даже в развитых странах находится на стадии изучения и пилотных разработок).

Владимир Соловьев смотрит на проблему с оптимизмом: концепция информатизации здравоохранения рассчитана на период до 2020 г., и те мероприятия, которых сегодня там нет, еще могут быть туда включены.

На чем зарабатывают поставщики

Несмотря ни на что, возможностей заработать на поставках и внедрениях ИТ-систем для здравоохранения довольно много. Все зависит от предпочтений компании, особенностей ее бизнеса. Так, КРОК при работе с медицинскими учреждениями зарабатывает в основном на услугах — внедрении, интеграции и поддержке высокоинтеллектуальных сложных комплексных ИТ-решений. «БАРС Групп» — на поставке и внедрении программного обеспечения. «Аквариус» — на работах по внедрению и обслуживанию систем.

Павел Адылин уверяет, что поставщики ИТ-систем для здравоохранения зарабатывают на внедрении МИС (как заказных, так и тиражных), поддержке и масштабируемо-

сти (добавлении новых пользователей системы). «Помимо этого осуществляются дополнительные проекты, направленные на автоматизацию клинических исследований (CTMS, EDC), обработку медицинских изображений, взаимодействие с пациентами; внедряются лабораторные медицинские системы (MLS), системы учета лекарственных препаратов, а также специализированные решения для конкретных областей медицины (например, стоматологии)», — перечисляет Адылин.

По словам Дмитрия Горбачева, «в основном поставщики ИТ-систем для здравоохранения получают возврат на инвестиции в разработки на этапе тиражирования своих медицинских информационных систем (МИС)». «Фаза внедрения и фаза опытной эксплуатации — всегда затратные для разработчиков, а сейчас именно такой этап для всех МИС, участвующих в программе», — подчеркивает Горбачев.

«Помимо собственно разработки и внедрения ИТ-решений важной статьей дохода для интегратора является сервисная составляющая, доля которой в обороте нашей компании продолжает расти, — рассказывает Валерий Щукин. — Ведь не секрет, что чем сложнее ИТ-система, тем более сложного и квалифицированного обслуживания она требует. И обеспечить требуемый уровень сервиса способны только профессионалы — приходящий “мальчик-студент” здесь не подходит. Поэтому медицинским учреждениям остается либо организовывать собственный ИТ-отдел, содержание которого обойдется в очень ощутимую “копеечку”, или доверить обслуживание всего ИТ-комплекса или отдельных его частей системному интегратору. Как показывает практика, второй путь для многих заказчиков оказывается более выгоден как с финансовой, так и с технологической точки зрения. Стоимость услуг интегратора существенно ниже содержания собственного штата высококвалифицированных специалистов, а реализация услуг в рамках соглашений SLA позволяет гарантировать заявленный уровень качества сервисов».

А вот по мнению Андрея Налетова, сегодня не стоит говорить о том, что в медицине можно заработать какие-то существенные деньги. «Для международного рынка это выглядит странно, так как наиболее прибыльным считается как раз рынок ИТ для здравоохранения, — размышляет Налетов. — Он больше даже, чем ИТ-рынок для нефтедобывающих, газовых или энергетических компаний! В нашей стране все наоборот. Получить более или менее приличную прибыль можно только на больших инфраструктурных проектах. Например, при комплексной автоматизации новой, строящейся клиники. А именно — на поставках оборудования и стандартного ПО или на внедренческих работах. Именно по этой причине многие крупные интеграторы не очень-то стремятся работать в медицине».

Острые углы

Какие проблемы сегодня являются наиболее острыми для разработчиков ИТ-систем для здравоохранения? Мы постарались выделить наиболее острые.

По словам Павла Адылина, основные сложности для разработчиков на данном этапе возникают при взаимодействии с государством и связаны с жесткими требованиями к стандартизации и выбору поставщиков для ИТ-решений в области здравоохранения, интеграцией с порталами госуслуг и «Электронным правительством», сертификацией решений на соответствие требованиям ФЗ-152 «О персональных данных».

Ощущаются, по словам исполнительного директора компании Artezio, и недостаток финансирования инноваций в медицинских учреждениях, и традиционная инерция внедрения ИТ-решений на местах. Финансирование, отсутствие единых требований и интеграционных компонентов федерального уровня называет в качестве основных проблем и Владимир Винокуров.

Дмитрий Горбачев считает, что самым острым для разработчиков неплатформенных МИС является решение вопросов, связанных с разработкой механизмов поддержки целостности данных и администрирования МИС, а также последующего их сопровождения. «Но это было всегда, и для разработчиков российских МИС это не новость, — напоминает Горбачев. — Иное дело, что в будущем при запуске в промышленную эксплуатацию разработчики столкнутся с необходимостью обрабатывать большие объемы данных, и тогда все слабости неплатформенных МИС проявятся в полной мере. Выход из этой ситуации в том, чтобы уже сейчас переводить существующие системы на промышленную платформу. Чем раньше производители наших МИС это сделают, тем меньше будут финансовые расходы в будущем».

«Работая в медицинской отрасли, мы столкнулись с тем, что проекты там, по сути, представляют собой настоящую научно-исследовательскую работу, — рассказывает Дмитрий Мугенов. — Проект реализовывался на открытом ПО, и многие вещи нужно было разрабатывать с нуля, проводя сотни экспериментов. Но результат оправдал эти трудности. Стоит также отметить инфраструктурную незрелость многих медучреждений. Часто на площадках банально не хватало розеток, не говоря уже о пропускной способности сетей. Но главная проблема масштабных проектов, разумеется, в дефиците квалифицированных менеджеров, аналитиков, разработчиков, программистов».

По мнению Станислава Шевченко, главная проблема — стандартизация. «Отсутствие четких требований, которые должно в идеале формулировать государство, приводит к тому, что каждый заказчик имеет свои конкретные запросы, а решений, удовлетворяющих всех сразу, попросту нет», — подчеркивает технический директор SafenSoft.

А Андрей Налетов уверен: все дело в отсутствии взаимопонимания между врачами, чиновниками и поставщиками ИТ-решений. «Нет синергии, — сетует Налетов. — Чиновникам важно выполнить поручения и отчитаться об их исполнении. Врачам просто порой некогда заниматься вопросами ИТ, да и не особо они этого хотят. Особенно учитывая текущую систему мотивации медицинского персонала. ИТ-сообщество пытается достучаться как до тех,

так и до других, но порой безуспешно. Не хватает четкого описания функциональных задач, которые необходимо информатизировать. Зачастую в итоге ИТ-компании выполняют те работы, которые им понятны, и не пытаются сильно погружаться в проблемы врачей. Пока все участники процесса не сядут за стол переговоров, не выработают правила коммуникаций, пока не появится понятная мотивационная схема для врачей, серьезных изменений ожидать не приходится. Но мы все работаем в данном направлении и рано или поздно надеемся получить положительный результат».

«Проблемы те же, что и прежде, — говорит Владимир Соловьев. — Отсутствие внятной и полной нормативной базы. Низкий уровень компьютерной грамотности пользователей. Постоянно меняющееся законодательство, за которым довольно сложно угнаться».

*CRN/RE, Москва, Наталья Басина
(16.06.2014)*

На уровне мировых стандартов

Заместитель Председателя Правительства страны Ольга Голодец высоко оценила работу медицинского кластера в Барнауле. Во время рабочего визита в Алтайский край Ольга Голодец посетила Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования, Краевую клиническую больницу. Заместителю председателя правительства презентовали важный для всего региона медицинский объект — современный перинатальный центр.

На строительство нового здания перинатального центра в Барнауле Федеральным фондом обязательного медицинского страхования выделено 2 млрд 326 млн 218 тыс. рублей. Доля краевого бюджета — 600 млн рублей. Первых пациентов центр должен принять в мае 2016 года.

Под строительство центра отведен участок в группе медицинских кластеров в нагорной части Барнаула — напротив краевой клинической больницы рядом с Федеральным центром травматологии, ортопедии и эндопротезирования. При выборе проекта учитывалось то, что перинатальный центр должен оказывать все виды высокотехнологичной медицинской помощи в области акушерства, гинекологии, неонатологии и хирургии новорожденных, а также осуществлять консультационную и реабилитационную помощь женщинам и детям раннего возраста.

— Реализация проекта по строительству перинатального центра — это хорошее будущее для региона и большая удача, — сказала Ольга Голодец. — Алтайский край по демографическим показателям, по качеству здравоохранения уверенно движется вперед. Это один из лидеров российского здравоохранения. А лидеров нужно поддерживать. Александр Карлин у нас частый гость. Он очень настойчиво и последовательно отстаивает интересы региона. То, что в Алтайском крае работают высокотехнологичные медицинские центры, выделены средства

на строительство перинатального центра, безусловно, заслуга губернатора и его команды. Доверие к ним абсолютное.

Заместитель Председателя Правительства особенно акцентировала внимание на условиях, созданных в медицинском кластере в нагорной части Барнаула.

– Медицинский кластер сделан абсолютно грамотно, на уровне мировых технологий, – отметила она. – Те операции, которые проводятся здесь, – это операции мирового уровня. Например, за прошлый год 150 ребят с детским церебральным параличом встали на ноги благодаря операциям в Федеральном центре травматологии, ортопедии и эндопротезирования. Это уникальные результаты. За полтора года своего существования центр вышел на проектную мощность. Сегодня мы видим готовность принимать еще больше пациентов. К этому медицинскому учреждению есть доверие со стороны Федерации. Работа здесь идет очень качественно. Мы именно этому центру выделили дополнительно 800 квот (на операции. – Ред.), чтобы он набирал еще большие обороты. Мы видим, что здесь работают профессионалы, они четко делают свое дело.

Работа таких высокотехнологичных центров стимулирует появление новых специальностей. Таких как медики-физиологи. Они обслуживают большое количество оборудования, без которого медицина просто невозможна.

– Это специалисты мирового уровня, люди, которым мы можем доверять жизни пациентов. Система здравоохранения успешно развивается, поэтому мы ее поддерживаем, – подчеркнула Ольга Голодец.

Заместителя Председателя Правительства впечатлила работа образовательного кластера, находящегося в Индустриальном районе Барнаула. В него входят 11 учреждений образования, культуры и спорта.

– То, что я увидела на территории образовательного кластера, – лучший на территории Российской Федерации пример реализованной на практике продуктивной идеи, – прокомментировала Ольга Голодец. – Мы подталкиваем регионы к формированию образовательных кластеров, когда для детей успешно сочетаются темы хорошего образования, создаются все условия для безопасности, удобства родителей. Это мы впервые увидели на практике в Алтайском крае. Проект работает, реализуются современные образовательные стандарты, педагоги получают хорошие зарплаты. Регион стал первым, хорошо и качественно исполнившим продуктивную идею.

*Алтайская правда, Барнаул
(15.06.2014)*

Компромисс ради пациента

Регулятор и бизнес могут найти взаимопонимание

Фармацевтическое сообщество, врачи и пациенты с нетерпением ждут принятия поправок к федеральному закону «Об обращении лекарственных средств». Рабо-

та над законопроектом шла почти два года в обстановке острых дискуссий, но наконец близится к завершению. Об этом и о многих других проблемах «Российской Газете» рассказала директор департамента лекарственного обеспечения и регулирования обращения медицинских изделий Минздрава России Елена Максимкина.

– Елена Анатольевна, чем же вызвана беспрецедентно долгая работа над поправками к закону?

Елена Максимкина: Законопроект поступил в Главное правовое управление администрации Президента, и есть шанс, что он будет рассмотрен в Госдуме в осеннюю сессию. Это очень важный документ, который затрагивает интересы всех: и регулятора, и пациента, и фарм-отрасли. Когда закон создавался, он заложил хорошую основу законодательной базы, поскольку был построен на жизненном цикле лекарственного препарата. Логика закона заключалась в том, что на каждом этапе этого цикла должен быть еще и мониторинг безопасности, эффективности, качества. Но время не стоит на месте: появляются новые продукты, все более сложные, которые требуют новой регуляторики. Когда мы приступали к разработке проекта поправок, задача поначалу стояла очень маленькая, узенькая – скорректировать сроки регистрации. И если есть какие-то несущественные замечания при экспертизе лекарственных препаратов или фармацевтических субстанций, то дать возможность заявителю ответить на них.

– То есть сначала предполагались небольшие правки?

Елена Максимкина: Да, косметические, точечные правки по срокам. Фактически эта задача уже выполнена, поправки были приняты еще в ноябре. Но в процессе работы мы поняли, что точечными правками не обойтись. Что у нас не регулируется на законодательном уровне большая группа лекарств, которая сейчас является одной из основных, – биологические препараты. Сейчас это направление во всем мире быстро развивается. Наша фарминдустрия активно включается в производство биологических аналогов и может обеспечить большой доступ к этим эффективным препаратам, используемым при серьезных заболеваниях. Потому что одно дело – есть ли препарат на рынке, и совсем другое – доступен ли он нам по цене. Иногда поведение компаний можно назвать словом «эгоистичное». Вот недавний пример: одна из европейских компаний вывела на рынок эффективный препарат для лечения хронического гепатита, но стоит он около 60 тысяч евро. Однако когда правительство Франции обратилось к компании с просьбой снизить цену, она отказалась.

– Фармбизнес – это бизнес, понятно, что компания хочет вернуть свои инвестиции в разработку нового лекарства. И для этого у нее есть срок патентной защиты, защита данных об исследованиях и другие возможности.

Елена Максимкина: Именно поэтому еще одна из поправок затрагивает изменение этой нормы закона. Я имею в виду положение о защите данных о доклиниче-

ских и клинических исследованиях в отношении препаратов, на которые истек срок патентной защиты. Она введена в соответствии с одним из условий вступления России в ВТО. Мы хотим воспользоваться теми возможностями, которые имеются в торговых соглашениях, в пользу потребителя, в пользу права на здоровье. И это, кстати, делают многие зарубежные страны. Ведь если мы разрешим использование этих данных для регистрации воспроизведенного препарата, это сократит сроки и стоимость вывода лекарственного препарата на рынок. Потому что у оригинального препарата и без того есть немалые преференции на период патентной защиты.

- Самая острая дискуссия шла по проблеме взаимозаменяемости биологических препаратов. Сначала в проекте предполагался запрет на взаимозаменяемость, и злые языки говорили, что Минздрав «прогнозили» западные компании. Теперь взаимозаменяемость допускается, и ходят слухи, что эту норму «продавила» отечественная фарма в своих интересах. А как на самом деле? Удалось ли найти «золотую середину»?

Елена Максимкина: Уверена, что удалось. Мы внимательно изучили международный опыт, посмотрели, что происходит на Западе. В США встречались с представителями инновационных фармкомпаний. И они признали, что политика страны в настоящее время – это ориентация на дженерики, которые уже занимают более 70 процентов в лечебном процессе, и на биологические аналоги. И в США, и в Европе признают, что на все 100 процентов биологические препараты не могут заменяться, но переключение на биоаналог возможно. И именно благодаря активной позиции отечественной фармы приняты поправки, очень жесткие для компаний. Взаимозаменяемость биопрепарата будет доказываться исключительно терапевтической эквивалентностью. Более того, переключение с препарата на препарат будет возможно только при доказательстве свичинговым переключением. То есть когда пациент в клиническом исследовании, принимая оригинальный препарат, переключается на биоаналог. И это должно быть подтверждено клинически. Точно так же нельзя будет автоматически переключать и с биоаналога на оригинальный биопрепарат. Причем подтверждение переключения возможно только в отношении конкретного препарата, то есть препарата сравнения. Еще один момент: изначально при подтверждении взаимозаменяемости не предполагалось подтверждения идентичности вспомогательных веществ. А мы ввели такую норму, причем именно бизнес настоял на этом критерии.

- Получается, компромисс был обоюдным?

Елена Максимкина: Да, это было с их стороны добровольное повышение своей ответственности перед потребителем. Здесь никто ни под кого не «прогибался», а был достигнут консенсус, который работает на пациента.

Наша фарминдустрия может обеспечить большой доступ к эффективным биопрепаратам, используемым при серьезных заболеваниях

- Но ведь при закупках лекарств для госнужд определяющим фактором все равно является цена. Теоретически вы договорились, что возможна взаимозаменяемость, но покупать-то все равно будут самое дешевое?

Елена Максимкина: Здесь тоже будут существенные улучшения. Но, к сожалению, нельзя сделать все одновременно. Пока мы должны успокоить пациентов в отношении того, что все, что выводится на рынок, гарантировано по двум показателям – безопасность и эффективность. До 2018 года у заявителей есть возможность провести дополнительные исследования и подтвердить взаимозаменяемость путем внесения изменений в регистрационное досье. И это будут разные процедуры для препаратов химической природы и для биопрепаратов. Для первых – это доказательство биоэквивалентности, причем, где это возможно, по технологиям «in vitro», то есть в пробирке, без использования животных – то, что сейчас используется и в зарубежной практике. А для препаратов биологической природы это исключительно подтверждение терапевтической эквивалентности.

- А что будет с дженериками?

Елена Максимкина: На рынке немало препаратов с одним МНН имеют разные торговые наименования и разное позиционирование с точки зрения маркетинга. Сегодня, закупая препараты под одним МНН или выписывая их, ни один специалист не может сказать, что это абсолютно взаимозаменяемые лекарства, как и ни один пациент. За счет подтверждения взаимозаменяемости нам удастся провести некую санацию рынка. Чтобы с него ушли препараты с недоказанной эффективностью и невысокого качества.

- Предполагается ли создание специального перечня по взаимозаменяемости?

Елена Максимкина: Да, после 2018 года такой документ будет. Причем с полностью раскрытой информацией – как проходило исследование, по каким параметрам и с заключением экспертов. и т.д.

- Еще один круг проблем, о которых очень много спорили, – орфанные препараты и лекарства для лечения высокочастотных заболеваний. Предполагается ли расширение этих программ?

Елена Максимкина: Есть очень интересное предложение от пациентских организаций. Перейти от формирования программы не по нозологиям, а по препаратам, которые требуют значительных средств. Сейчас в программе используется 18 препаратов, но ведь они же могут быть использованы и при лечении других заболеваний. А получается, что с одной нозологией пациенты эти препараты получают, а с другой нет. Выбрать, кому дать жизненноспасающие лекарства, а кому нет, – это очень тяжелая задача. И мы будем сейчас работать над тем, чтобы перейти к введению единого перечня и единых критериев его формирования. В этом году он обсуждается особенно остро, поскольку предполагалось передать закупки лекарств по программе «7 нозологий» в регионы. Но решено пока сохранить федеральный уровень закупок.

- Пациенты, врачи, эксперты возлагают большие надежды на перспективы лекарственного возмещения. На какой стадии сейчас пилотные проекты, о которых заявлено в Стратегии лекарственного обеспечения?

Елена Максимкина: Мы провели мониторинг территорий, которые готовы участвовать в пилотных проектах. Предварительно 15 из 85 субъектов РФ выразили готовность участвовать. Но мы должны получить представление, какие именно пилоты им хотелось бы реализовать. Модели, которые мы уже имеем, очень ограничены и не настроены на ту перспективу, которую мы ждем от возмещения, доступного для каждого гражданина. К сожалению, под Стратегию не были выделены финансовые средства. А чтобы провести серьезные пилотные проекты, требуются финансы. Мы ждем поддержки и активности экономистов, региональных властей. Но, к сожалению, пока не видим потока идей. Правда, интересный региональный проект представил губернатор Кировской области Никита Белых. Но мне казалось, что должны быть заинтересованы десятки губернаторов. У нас есть небольшой временной лаг, хотелось бы получить от экспертов реальные проекты с анализом.

- С 1 января наша фарминдустрия работает в условиях стандартов GMP. Недавно Минпромторг сообщил, что проверки ряда предприятий выявили массу нарушений. Но ни одно производство не остановилось. Что важнее – ввести стандарты или контролировать их исполнение?

Елена Максимкина: К сожалению, существующее нормативно-правовое регулирование по контролю не дает возможности проверять предприятия надлежащим образом. Предложения по изменению периодичности контроля, порядка его проведения будут изменены однозначно. У нас довольно долго лицензии выдавались в заявительном порядке. Позже стали выдавать столь же формально сертификаты качества – без всякого подтверждения. Главное, чтобы теперь проверки не были формальными.

- Многие считают, что вся проблема в том, что у нас производство контролирует одно ведомство, обращение – другое, а регистрацию – третье.

Елена Максимкина: Проблемы есть, но уж так структура сложилась. К сожалению, иногда стороны отказываются друг друга слышать. Наше министерство настроено на умение взаимодействовать. Есть возможности проводить некоторые контрольные мероприятия совместно. Сейчас у нас более развитый институт контроля, нежели у министерства промышленности и торговли. И, конечно, потенциал Росздравнадзора и Роспотребнадзора должен использоваться максимально. Потому что цель общая – защитить потребителя от недоброкачественной продукции.

*Российская газета, Москва
(17.06.2014)*

В России 1 млрд евро в год тратится на медицинский туризм

На сегодняшний день в России насчитывается 8,5 тысяч медицинских организаций — федеральных, региональных, муниципальных. Казалось бы, производителям медицинских изделий есть с кем работать, однако вопросов по-прежнему больше чем ответов, считает исполнительный директор Ассоциации IMEDA Александра Третьякова.

Федералы

«Самые продвинутые и современные потребители медицинских изделий — это федеральные медицинские организации, — считает Александра Третьякова. — У них очень высокая специализация и свои технологические ориентиры. Это лидеры отрасли, которые хотят видеть в операционной все самое новое. Их немного, но с ними трудно работать: под них нужен специальный портфель предложений».

По мнению эксперта, именно федеральные медицинские учреждения выводят наше здравоохранение на более технологически высокий уровень. Это фактически наша элита, и как любая элита они существуют в отрыве от реальности, они не сталкиваются с тем, чем живут районные больницы. Но как в любом обществе, элита, в конечном счете, оказывает влияние на всех остальных.

«Сегодня в свете решения погрузить высокотехнологичную медицинскую помощь в систему ОМС, мы с трепетом следим за судьбой ВМП, и, соответственно, за судьбой федеральных центров, — отметила Александра Третьякова. — Какая у них будет потребность? Как просчитать эту технологическую потребность в конкретных продуктах надлежащего качества сейчас сказать очень сложно. Хотя мы должны понимать, что они будут двигаться вперед со всем миром».

Муниципалы

Вторая категория клиентов производителей и продавцов медицинских изделий — это региональные муниципальные медицинские организации: поликлиники, КДЦ, скорая помощь. Их финансовые возможности напрямую зависят от благополучия региона: сколько денег — такие и технологические ориентиры. На сегодняшний день в России 85 субъектов федерации. При этом никакой усредненной статистики не существует. В Тюмени одни возможности, в Воронежской области — другие.

«Чтобы понять, какие у кого потребности, и кто сколько и на что имеет денег, игрокам рынка медицинских изделий нужно обежать все 85 субъектов», — считает Александра Третьякова.

По мнению эксперта, муниципальные медицинские организации — это чудесные клиенты, но понять, чего они хотят, куда они развиваются, очень сложно. Среди них есть организации, которые развиваются вполне понятно — на уровне федеральных центров, а есть такие,

которые развиваются по каким-то замысловатым путям. «Что им будет нужно, на что и глаз упадет, что они будут развивать — диагностику, лабораторную диагностику, хирургию, — понять невозможно, — утверждает Александра Третьякова. — Тут все зависит от главного врача».

Частники

В последнее время на фоне представленных государственных медучреждений, в больших городах наблюдается бурный рост частного сектора. «Здесь все весьма непросто, — считает Александра Третьякова, — хотя наше правительство настоятельно призывает инвесторов вкладывать средства в частную медицину».

В некоторых сегментах, таких как лабораторная диагностика, стоматология, урология, онкология, развитие частной медицины идет довольно активно. В больших городах — Москве, Санкт-Петербурге — стали появляться частные центры, специализирующиеся на визуализирующей диагностике. При этом медленно идет развитие частной госпитальной системы. В стране с населением 144 млн человек нет частных госпиталей, хотя 1 млрд евро в год тратится на медицинский туризм. Представители иностранных компаний недоумевают, почему в Словакии есть частная госпитальная сеть, а в России нет. На самом деле этому есть объяснения: административно-финансовые, бюрократические, политические...

«Отсутствие частной госпитальной системы губительно и для современной системы здравоохранения, и для бизнеса, — утверждает Александра Третьякова. — Потому что нет конкуренции — государственную систему здравоохранения никто не подстегивает».

*АМИ - Российское агентство медико-социальной информации, Москва
(16.06.2014)*

Власти Подмосковья предоставят «Медси» 30 га под педиатрический центр

Подмосковные власти могут предоставить ЗАО «Группа компаний «Медси» 30 гектаров земли в поселке Отрадное Красногорского района Московской области, чтобы построить педиатрический центр со спортивно-оздоровительным комплексом. Как уточняется, весь медицинский центр займет 126 гектаров и будет состоять из трех зон: больницы, педиатрического центра со спортивно-оздоровительным комплексом (его предстоит построить) и санатория.

«Клиническую больницу и санаторий в Отрадном «Медси» получила от ГУП «Медицинский центр управления делами мэра и правительства Москвы». В апреле 2012 года стороны объявили о создании объединенной компании. ГУП выкупил допэмиссию акций «Медси» по закрытой подписке, акции он оплатил имуществом на 6,043 миллиарда рублей», — пишет газета.

«Педиатрический центр планируется создавать на условиях государственно-частного партнерства: область предоставит компании права на участок и будет содействовать прохождению необходимых процедур, а инвестор взамен станет обслуживать пятую часть пациентов по полису обязательного медицинского страхования», — уточняет издание.

«Медси» планирует построить в Отрадном медицинский центр», — напоминает газета. Для этого она собирается модернизировать больницу, построить детскую больницу, лаборатории, реабилитационные, оздоровительные, гостиничные комплексы и прочее. Площадь новых зданий составит около 350 тысяч квадратных метров. Инвестиции в строительство медицинского центра составят 8 миллиардов рублей. Первый этап модернизации планируется завершить в 2015 году, развитие инфраструктуры продолжится до 2025 года.

ЗАО «Группа компаний «Медси» — дочерняя компания АФК «Система», работающая на рынке с 1996 года. Сегодня группа объединяет 21 клинику в Москве (включая специализированные детские клиники и крупные клиничко-диагностические центры), 11 поликлиник в регионах России, более чем 80 медпунктов по всей стране, три стационара, службу неотложной медицинской помощи, фитнес-центры и три санатория.

*РИА Новости, Москва
(17.06.2014)*

«Я знаю, куда надо заглянуть», — Татьяна Голикова, председатель Счетной палаты

Председатель Счетной палаты о том, как зарабатывать на бюджетных деньгах, как навести порядок в этой сфере и какими доводами убедить президента в своей правоте. Счетная палата при прежнем руководстве запомнилась результатами отдельных проверок: выборочно они становились публичными и приводили к скандалам, как было в истории со Сколково. Это инструмент давления на отдельных лиц, признавали чиновники. Татьяна Голикова, пришедшая год назад в Счетную палату с поста помощника президента, изменила подход: сделала его системным и теперь критикует систему управления бюджетными деньгами в целом. Она не боится критиковать открыто — не только отдельные компании, но и министров и премьер-министра. На справедливую критику не обижаются, тем более что пока не поздно все изменить, объясняет Голикова свою смелость.

Расходы непрозрачны и неэффективны, потенциальный размер бюджетной дыры — 2,3 трлн руб., по подсчетам Голиковой. Она предлагает устроить глобальную инвентаризацию бюджета: разобраться с неэффективными расходами, а до тех пор приостановить любые реформы.

Добиваться своего Голикова умеет — это признавали многие ее бывшие коллеги, в том числе начальник

Алексей Кудрин. О том, как зарабатывают на бюджетных деньгах, как навести порядок в этой сфере и какими доводами убедить президента в своей правоте, Голикова рассказала в интервью «Ведомостям».

— У регионов сильно выросли дефициты из-за исполнения инаугурационных указов президента. Есть ли смысл скорректировать эти указы? Вы говорили, что до сих пор нет точной оценки их исполнения.

— Я бы не сказала, что проблема сбалансированности бюджетов регионов связана исключительно с указами президента. Например, при планировании бюджета на 2013 г. Минфин делал также оценку прогноза консолидированных бюджетов регионов на 2013 г. Исполнение оказалось принципиально другим: доходы меньше, чем прогнозировалось, на 900 млрд руб., дефицит выше в 4,2 раза — 642 млрд руб. Основная потеря доходов регионов связана с недополученным налогом на прибыль — это почти 300 млрд руб., т. е. половина дефицита региональных бюджетов.

Да, у регионов нет четкого понимания, сколько стоят мероприятия указов, — они постоянно меняют оценку. По итогам девяти месяцев расходы на все мероприятия по реализации указов оценивались ими в 2,2 трлн руб., а по итогам года произошла корректировка в меньшую сторону. Либо регионы ошибаются каждый раз в оценке, что маловероятно, либо пытаются подогнать финансовое обеспечение указов под возможности бюджетов. Поэтому мы неоднократно отмечали: должны быть единые подходы к оценке мероприятий указов, сейчас они отличаются у разных ведомств и регионов. Приведу пример по повышению заработной платы бюджетников до средней по региону: в указах сказано, что повышение должно состояться не только за счет направления на эти цели дополнительных средств, но и за счет оптимизации: в результате Минфин при расчете объемов финансовой помощи закладывает мероприятия по оптимизации в расчеты для всех регионов, но отдельные регионы ее не проводят. И полноценного контроля за этим со стороны федерального центра нет.

Другая проблема: в одном и том же регионе в связи с отсутствием межведомственной координации может быть превышение по сравнению с установленными в указах параметрами по увеличению зарплаты в одной отрасли и недовыполнение в другой, хотя средства были выделены в нужном объеме.

— Было же поручение президента скорректировать методику оценки средней зарплаты в регионе.

— Было, насколько я знаю, пока в этом направлении правительство не продвинулось.

— Вы считаете, что проблемы с финансированием указов нет. Но при этом регионы из-за увеличения соцрасходов начинают резать инвестрасходы, это еще больше подавляет экономику регионов и приводит к снижению их налоговых поступлений. Может, как-то смягчить или пролонгировать указы все же нужно?

— Я не считаю, что сейчас настало время корректи-

ровать указы. Хотя бы только потому, что пока еще ни одно из ведомств не дало консолидированной оценки стоимости реализации мероприятий, чтобы понять, насколько реально сбалансировать бюджеты регионов. А если посмотреть эффективность использования ресурсов, как региональных, так и федеральных, то мы увидим еще и дополнительные резервы для реализации указов — даже без оптимизации.

— Чтобы покрывать свои дефициты, регионы активно наращивают долг, в том числе у банков. Вы видите в этом риски — региональные чиновники могут делать какие-то нерыночные займы по высоким ставкам, выводя таким образом деньги?

— В ходе проведенных в отдельных регионах проверок ничего вопиющего мы не обнаружили. Основные кредиторы — Сбербанк, ВТБ, Райффайзенбанк. Мелких банков мы на этом рынке не видели. Вполне корректные ставки. Кредиты до пяти лет — от 7,6 до 11,3%, свыше пяти лет — от 8,5 до 9,15%, конечно же, в зависимости от условий.

— Как можно сбалансировать долговую нагрузку регионов?

— Мне представляется, что настало время сделать ту же работу по анализу расходных полномочий и доходного потенциала бюджетов регионов, которая была сделана в 2004 г. С тех пор прошло 10 лет, и за это время мы приняли немало решений о дополнительных полномочиях регионов, не всегда задумываясь, как они обеспечат эти полномочия. Но эту работу не сделать за короткое время. Качественно осуществить это можно к формированию проекта федерального бюджета на 2016 г. и плановый период 2017 и 2018 гг., а сейчас, уже в рамках поправок в бюджет на 2014 г., необходимо принять ряд чрезвычайных мер, которые бы ослабили нагрузку на региональные бюджеты и позволили бы замедлить темпы роста государственного долга регионов. Такие предложения уже сформулированы правительством: увеличение безвозмездной финансовой помощи на 25 млрд руб. и выделение бюджетных кредитов на сумму 100 млрд руб. (в том числе для замещения коммерческих кредитов). Однако этих мер, по нашим оценкам, недостаточно. Уже сейчас Государственная дума предполагает при рассмотрении поправок в бюджет на 2014 г. увеличить и объемы финансовой помощи и предоставляемых бюджетных кредитов, а также снизить до минимума ставку по таким кредитам. Это были бы правильные решения.

— А у федерального бюджета есть источники для такого рода помощи? У него также есть проблемы, например с источниками покрытия дефицита, размещением долга и приватизацией.

— Министр финансов при рассмотрении поправок в бюджет в первом чтении подтвердил такую возможность. Что касается источников финансирования дефицита бюджета на 2014 г., то их структура действительно претерпевает серьезные изменения. Дефицитный бюджет на 2014 г. превратился в профицитный, так как

в поправках предложено полностью отказаться от заимствований на внешних рынках и существенно в связи с высокой ставкой заимствований сократить привлечение внутренних источников финансирования дефицита, заместив указанные сокращения дополнительными поступлениями нефтегазовых доходов, что, по нашему мнению, представляется абсолютно оправданным. Неочевидна для нас оценка поступлений от приватизации госсобственности в 26 млрд руб., которая практически соответствует объемам поступлений за январь — апрель в 25,5 млрд руб. Но даже при таких изменениях у федерального бюджета есть дополнительные резервы для помощи регионам.

— *Проблемы регионов 2014 годом не ограничиваются. У федерального центра есть понимание, какую помощь можно будет оказать в последующие годы?*

— Вы задаете правильный вопрос. И меня, например, очень удивило, что правительство, внося поправки в бюджет 2014 г., никак не поправило бюджеты на 2015 и 2016 гг., несмотря на то что социально-экономический прогноз поменялся и на этот период. Сделав бюджет 2014 г. профицитным, бюджеты следующих двух лет сохранили дефицитными в ранее утвержденных объемах, хотя понятно, что этого не будет. Это создает ложные предпосылки, не дает в том числе регионам четкого понимания того, как будут выстраиваться межбюджетные отношения в ближайшем будущем, ведь новые проектировки на 2015–2017 гг. появятся только 1 октября этого года.

— *Из Ваших слов следует, что бюджет принимается наполовину вслепую. При этом принимаются глобальные реформы, вроде налогового маневра, которые, судя по всему, потом все равно придется пересматривать. Не стоит ли тогда ввести некоторый мораторий и провести сперва инвентаризацию бюджета?*

— Инвентаризация была бы правильным решением. В оперативном отчете за 2013 г. меня крайне удивил объем бюджетной дебиторской задолженности, который на 1 января 2014 г. достиг 2,3 трлн руб. По экспертным оценкам, приблизительно 97% этой суммы — авансы. Каждый год мы наблюдаем одну и ту же картину: низкий процент исполнения бюджета вплоть до IV квартала, а в ноябре — декабре начинаются массивные расходы. Минфин связывает это с оплатой контрактов, выплатой двойной заработной платы в декабре, а реальная причина — оплата в конце года авансов по заключенным контрактам и в ряде случаев — попытка сохранить бюджетные деньги, оплата, в том числе без объемов выполненных работ, а приемкой работ ведомства уже занимают в следующем году.

Есть и другие виды подобных расходов. У бюджетных учреждений в связи с тем, что бюджетные субсидии в конце года согласно законодательству не возвращаются в бюджет, устойчиво стали накапливаться неиспользованные объемы средств. А значительная часть субсидий бюджетам регионов направляется в IV квартале или, еще хуже, в декабре; в январе они возвращаются в бюджет,

потом мы снова их отдаем в региональные бюджеты, иногда этот процесс повторяется несколько лет по кругу, остатки увеличиваются, работы не выполняются.

Достаточно большие объемы бюджетных средств передаются в виде взносов в уставные капиталы акционерных обществ под конкретные, как правило, инвестиционные цели, но отсутствие надлежащей документации, позволяющей использовать эти средства, ведет к тому, что деньги не работают, лежат на депозитах и генерируют процентные доходы, но не для бюджета, а для самих акционерных обществ. Все благополучно зарабатывают на бюджетных деньгах. И все это околбюджетное денежное обращение с каждым годом растет.

— *В плане доходов бюджет тоже непрозрачен и неэффективен?*

— С точки зрения учета поступлений доходов бюджет абсолютно прозрачен. Есть большая проблема с неналоговыми доходами, в том числе поступающими от штрафов и пеней. Например, у Росфиннадзора гигантская дебиторская задолженность по штрафам в размере 838 млрд руб., по оценкам ведомства, около 300 млрд руб. — уже безнадежный долг, про перспективу взимания остатка пока ничего не известно.

Но, нам кажется, и эту проблему можно было бы решить. Каким образом? В основном это были штрафы за прошлые нарушения валютного законодательства, совершенные в том числе фирмами-однодневками. Выявить, существуют ли сегодня плательщики, на которых были наложены штрафы, возможно, предоставив соответствующий реестр, если, конечно, он существует, налоговой службе, которая подтвердит или опровергнет их существование и, как следствие, даст возможность принять решение о взимании небезнадежных долгов в бюджет.

Есть и другие меры: необходимо проиндексировать ставки по отдельным видам неналоговых доходов, пересмотреть нормативную базу по их взиманию. Это большая работа, которой нужно серьезно заниматься.

— *Вы рассказали о способах решить проблемы с доходами, а есть идеи, как решить проблему вот с этими неэффективными расходами и большими остатками?*

— Необходимо проводить инвентаризацию не только тех расходных обязательств, которые мы ежегодно включаем в бюджет, но и тех вложений, которые мы уже осуществили. Этим должны заниматься главные распорядители бюджетных средств, а сейчас по итогам контрольных мероприятий по исполнению бюджета складывается впечатление, что у них единственная задача — сделать отчет и отправить его в Минфин, не анализируя, почему так сложилось. Для каждой проблемы надо искать конкретное решение. К примеру, проблема с авансами. Как правило, разрешенный процент авансирования по госконтрактам — 30%, по гособоронзаказу — 80%, есть исключения — до 100%. Министр финансов, оценивая сложность с исполнением и планированием бюджета, вышел с предложением к премьер-министру оставить только 30%, премьер с этим согласился, но ведь этого не-

достаточно. Должны быть поправлены нормативные акты — но насколько быстро это произойдет, неизвестно.

Следующая проблема, мы уже о ней говорили, — субсидии регионам: очевидно, их надо отдавать в начале финансового года, в этом случае не будет возникать такого количества недостроя и неэффективного использования бюджетных средств.

У нас же это связано в значительной части с длительностью административных процедур. Даже если решение правительства о выделении субсидии выходит своевременно, существенно затягиваются процедуры заключения соглашений, представление необходимых документов для перечисления субсидий, и так в значительном количестве случаев продолжается до IV квартала — декабря финансового года, в котором эти субсидии должны быть использованы. По ряду субсидий, несмотря на наличие в бюджетном законодательстве нормы, устанавливающей необходимость распределения субсидий законом о бюджете, полномочия по распределению переносятся на компетенцию правительства, распределение осуществляется на один год, а не на три, даже если субсидия носит среднесрочный характер. Таким образом, возникает неопределенность в планировании расходов регионами — и, как следствие, ежегодно выполняются одни и те же административные процедуры, приводящие к потере времени и неэффективности использования средств.

— *Из-за того, что бюджет формируется вслепую, в течение года потом огромные суммы могут перераспределяться решениями министра финансов. Это тоже признак того, что с планированием что-то не так?*

— Бюджетным кодексом и законом о бюджете на соответствующий финансовый год Минфину предоставлены права по внесению в ходе исполнения бюджета изменений в сводную бюджетную роспись. Если речь об этом, то, пользуясь этим законным правом, Минфин по предложениям главных распорядителей бюджетных средств в прошлом году осуществил перераспределение 1,5 трлн руб. Да, это ненормальная практика, и в Минфине это понимают. Чтобы избежать таких объемов перераспределений и урегулировать этот вопрос в законодательстве, парламентом была создана рабочая группа для подготовки изменений в Бюджетный кодекс, которые должны упорядочить процедуры перераспределения бюджетных средств в процессе исполнения бюджета. Сейчас предлагается принять поправки в Бюджетный кодекс в весеннюю сессию в первом чтении и в осеннюю окончательно. Если бы это было сделано, это бы существенно дисциплинировало ведомства и было бы учтено уже при исполнении бюджета на 2015 г.

«Прослушка — это не наша компетенция»

— *А что насчет прозрачности госзакупок — новый закон повысил прозрачность? Вы не знаете, кстати, откуда взялась цифра в 1 трлн руб. хищений при госзакупках?*

— Не знаю, у меня есть версия, но я не буду ее озвучивать. Мы перешли на новый закон о госзакупках, не-

обходимо сравнить новую и старую систему. В I квартале закупок по новому закону мало: скорее всего бюджетные распорядители, боясь нового закона, постарались совершить многие закупки в прошлом году. В I квартале объем закупок на сумму свыше 1 млрд руб. сократился в 2 раза год к году, на сумму от 500 000 до 1 млрд руб. — в 3 раза. Но прозрачность выросла, доля открытых конкурсов поднялась с 17,6% до 21,5%. Правда, пока по-прежнему высока доля аукционов, признанных несостоявшимися, — 60% от объявленных торгов.

— *Новый закон оставляет большую свободу для заказчика. Не создало ли это коррупционные риски?*

— Я всегда считала, что должно быть больше прозрачных процедур, т.е. аукционов. Но есть сферы, где требуется дополнительная качественная оценка продукта, — здесь оправданы дополнительные требования. Но при этом обязательно должны быть четкие правила формирования этих требований.

— *Была идея проверять закупки на сумму свыше 1 млрд руб., отслеживая, уходят ли выплаченные деньги в офшор. Технически это возможно? Ведь цепочки очень длинные: деньги сначала уходят в низконалоговые юрисдикции, потом уже через сложные кредитные схемы — в офшор. Раскрыть эти схемы можно разве что через прослушки.*

— Есть открытые информационные системы, информация в которых позволяет сделать предположения, куда именно уходят бюджетные средства, проследить цепочки. Прослушка — это не наша компетенция.

— *У вас есть предложения, как бороться с неэффективным расходованием бюджетных средств, уже отданных в госкомпанию? Классический пример — история с «Русгидро», которая хранила 50 млрд руб. на счетах. Что с этими деньгами сейчас, есть какой-то эффект от вашей критики?*

— Пока никаких изменений особых нет: за I квартал из этих денег потрачено 0,98 млрд руб. Взносы в уставные капиталы акционерных обществ — это еще одна проблема. Бюджетные средства перечисляются на проекты, по которым еще нет проектно-сметной документации, не решены вопросы оформления земельных участков под строительство, в результате перечисленные средства размещаются на депозитах в банках, проценты с которых получают компании.

У проблемы есть решение — планировать и перечислять бюджетные средства только тогда, когда уже есть требуемые документы. Премьер дал поручение Минэкономразвития и Росимуществу с нашим участием сформировать предложения по модернизации этого механизма. Срок — июнь.

— *Иногда на этом построена бизнес-модель госкомпаний. К примеру, Российский фонд прямых инвестиций получает \$1 млрд на инвестиции в сделки, но пока полмиллиарда лежит на счетах, потому что сделки долго одобряются. Проценты идут на оплату расходов, в том числе на зарплату менеджерам. Это тоже нецелевое расходование?*

— Проверим — скажем. Неэффективное расходование — это не обязательно означает, что деньги должны куда-то выводиться. Мы проверяли «Курорты Северного Кавказа» — еще до нынешнего руководства (сейчас гендиректор — Сергей Верещагин, прежний — Алексей Невский. — «Ведомости»). Государство вложило в компанию достаточно большие деньги, заявленные проекты не были реализованы — средства лежали в банках, а с процентов компания также выплачивала сотрудникам довольно большие зарплаты. Оправдано ли такое использование бюджетных средств?

— *Вы будете это оценивать?*

— Мы, скорее, будем высказывать свою экспертную позицию. Отдача от такого использования была почти нулевая.

— *Чтобы проследить за деньгами госкомпаний, администрация президента хочет обязать стратегические компании открывать счета только в определенных банках, отобранных в список. Эта мера эффективна?*

— Видимо, основная цель — проследить за деньгами не самих компаний, а за теми, которые они получают из бюджета. Если все движения средств компаний проходят по счетам в определенных банках, это, безусловно, может усилить контроль.

— *Общее мнение — расходы госкомпаний и госмонополий неэффективны, но при этом у компаний на каждую копейку расходов тонны бумаги и всегда найдутся объяснения для таких трат. Как в такой ситуации доказать неэффективные расходы? Вы ощущаете на себе давление со стороны компаний, у которых часто прямой доступ к президенту?*

— Нет, у нас вполне профессиональные отношения. Проверки действительно сложные. Проверка такой госкомпания, как «Газпром», намного более сложная работа, чем проверка госведомства. Но не нужно заранее искать нарушения, нужно уметь слушать и слышать аргументы в пользу принятия тех или иных решений. Нужно оценить, были ли у менеджмента причины делать так.

— *Сколько в целом проверок компаний на этот год? Вы будете проверять «Роснефть»?*

— На этот год примерно 500 проверок: у нас не такой большой инспекторский состав, мы сейчас стараемся не гнаться за числом проверок, а выйти на более качественный результат.

В плане «Роснефти» нет. Но нам поручили на 2014 г. всеобъемлющую проверку программ приватизации 2010-2014 гг. Когда мы выходим на комплексные проверки, мы видим проблемные зоны, которые выходят за рамки определенной проверки. И тогда мы можем принять на коллегии решение выйти на тот или иной объект дополнительно.

«Госпрограммы не соответствуют стратегическим документам»

— *Считаете ли Вы целесообразным реформирование структуры Росавтодора и размещение заказов на стро-*

ительство и ремонт дорог централизованно, а не через подведомственные учреждения?

— В ведении Росавтодора более 110 организаций. Половина занимается образовательными программами автомобильно-дорожного профиля, и только 12 учреждений — непосредственно строительством, ремонтом и содержанием дорог. Вносить изменения в структуру таких учреждений, обладающих своими производственными мощностями и трудовыми ресурсами, пока, наверное, не надо. Третья группа — федеральные казенные учреждения, выполняющие функции заказчика по содержанию федеральных автомобильных дорог (в составе группы более 30 учреждений).

Очевидно, что такая разветвленная система подведомственных учреждений допускает системные нарушения и приводит к утрате контроля Росавтодором над рабочим процессом и над размещением заказов. Приведу пример: проверка реконструкции автомобильных дорог в Московской области за 2014 г. показала, что существующий порядок предоставления субсидий не позволяет достичь показателей результативности. Также разрешения на строительство объектов выдавались Росавтодором без правоустанавливающих документов на земельные участки. Выявлены случаи внесения изменений в условия госконтрактов и проектно-сметную документацию, корректировки задания на выполнение работ. У проектной документации часто было низкое качество, был низкий уровень презентационной работы или полное ее отсутствие.

Необходима централизация процесса размещения заказов на строительство и ремонт дорог, по крайней мере на наиболее крупные из них.

— *Оценивала ли Счетная палата эффективность расходования региональных дорожных фондов? Минтранс указывает, что их объем недостаточен ни для поддержания имеющейся сети, ни для удвоения объемов строительства по указу президента, однако при использовании средств не раз выявлялись нарушения.*

— Одна из основных проблем — низкое исполнение бюджетных назначений. Так, исполнение федеральных расходов, направляемых на дорожное хозяйство, в январе — марте 2014 г. составило 69 млрд руб., или 13,6% годовых бюджетных назначений. Одна из причин такого низкого исполнения — Росавтодором в I квартале этого года не были предоставлены субсидии регионам (в сумме 30,8 млрд руб.) на реализацию ФЦП по развитию транспортной системы России до 2020 г. в связи с тем, что региональными властями не были представлены необходимые для этого документы.

— *Счетная палата проводила проверку проекта строительства платного обхода Вышневолоцкого участка трассы М11 Москва — Санкт-Петербург). Проверялись ли другие проекты госкомпаний «Автодор»? Выявлены ли нарушения?*

— Мы установили, что «Автодору» необходимо совершенствовать нормативную правовую базу и внутрен-

ние документы в части определения условий и порядка заключения долгосрочного инвестсоглашения.

Недостаточно качественно осуществлялись как оценка эффективности реализации конкретного этапа, так и мониторинг всего проекта строительства дороги Москва — Санкт-Петербург. В результате 5-й этап строительства будет длительное время эксплуатироваться без смежных с ним участков дороги (4-й и 6-й этапы дороги). Это может создать отраслевые, финансовые и правовые риски, их последствия — увеличение срока реализации проекта, возникновение дополнительных расходов, возможное приостановление дорожных работ.

«Автодор» также проверялся в рамках упомянутой проверки реконструкции дорог в Московской области. Было установлено низкое качество подготовки проектно-сметной документации, это привело к выполнению дополнительных работ и удорожанию строительства. Например, при строительстве Бусиновской транспортной развязки из-за ошибок в проектной документации по разборке путепровода через Октябрьскую железную дорогу стоимость работ выросла на 8,9 млн руб. — это 16% от предусмотренной проектом стоимости.

По строительству ЦКАД уточнение площадей и выполнение работ по очистке местности — на 19,4 млн руб. Проектно-сметная документация строительства ЦКАД частично осталась невостребованной. Кроме того, из-за отказа госкомпании от концессии на строительство первого участка невостребованной осталась разработанная конкурсная документация на право заключения концессионного соглашения, а за эту работу было перечислено 120,4 млн руб.

Строительно-монтажные и другие работы также подорожали из-за того, что расчеты за работы были выполнены и приняты в более поздние сроки, чем предусмотрено графиками. По договору стоимость реконструкции Бусиновской транспортной развязки выросла на 157,1 млн руб.; на строительство Молодогвардейской транспортной развязки за 9 месяцев 2013 г. — на 333,5 млн руб.

Кроме того, средства дорожного фонда Московской области, направляемые на финансирование дорожного хозяйства, в 2013 г. увеличились по сравнению с 2011 г. более чем в 3 раза. При этом средства использованы в 2012 г. только на 57%, а за 9 месяцев 2013 г. — на 27,7% от запланированных на год.

— *Видит ли Счетная палата риски при вложении средств ФНБ в инфраструктурные проекты? В частности — ЦКАД и развитие БАМа и Транссиба?*

— Вложения в инфраструктуру могут стимулировать экономический рост. Значительный эффект будет за счет роста смежных отраслей. Но долгосрочный эффект от реализации таких проектов должен быть обязательно просчитан и оценен с учетом паспортов инвестпроектов, министерства должны сделать такую работу до конца года.

— *Сейчас вообще обсуждается очень много мер по стимулированию экономического роста. Вы будете оце-*

нивать их эффективность? Например, замораживания тарифов, проектного финансирования через ЦБ?

— У нас такая функция есть. Но проверку можно будет проводить только после того, как меры заработают и пройдет какое-то время. Первое, что мы уже делаем, — проверяем реализуемые госпрограммы. Мы приняли программный бюджет, который на самом деле пока совсем не программный. Программы не соответствуют стратегическим документам. Показатели финансирования все время меняются, а изменение показателей результативности мероприятий, включенных в госпрограммы, либо не осуществляется, либо осуществляется с опозданием, а в ряде случаев — под факт.

— *Почему эксперимент с госпрограммами не удался пока?*

— Для чего они создавались? Чтобы не просто программам осваивались бюджетные деньги. Была идея оценить эффективность расходов. Скажем, аккумулировать средства на образование в одной программе и посмотреть, будет ли достигнут стратегический результат или нет. Мы проверяли 2013 г. (тогда бюджет еще не был программным, но программы уже функционировали) и увидели, что большое число показателей в программах не исполняется. Сейчас некоторые ведомства подгоняют свои показатели под фактические итоги 2013 г. То есть пока эксперимент не удался. В чем причина? Простого схематичного объединения расходов в госпрограммах недостаточно — нужно пересматривать весь массив законодательства, чтобы ответственность не оставалась размытой. Например, Минобрнауки отвечает за весь процесс образования в стране и не важно, кто при этом тратит деньги — оно само или другие министерства. Сейчас же каждый «рулит» по-своему. И никто не отслеживает решение проблемы в комплексе, не имеет контрольных полномочий. Нужно изменить очень многое, но если этого не делать, то тогда надо от госпрограмм отказаться и вернуться к формированию бюджета по старым принципам. Сказали «а» — нужно говорить «б».

Нам сейчас президент поручил проверить госпрограммы на предмет соответствия стратегическим целям развития государства. К 1 сентября доложим.

«Все ведомства стали более конструктивными»

— *Ваши предшественники критиковали Минэкономразвития за низкое качество прогнозирования. Претензии были странными — не учли мировой кризис. Однако качество прогнозирования вызывает вопросы: в отсутствие внешнего шока показатели корректируются в несколько раз, прогноз все время меняется. А ведь это основа для бюджета. Вы будете оценивать качество прогнозирования?*

— Прямой такой цели нет. И для качественной оценки нужны специалисты, подбором которых мы и занимаемся. Сейчас пока мы оцениваем показатели прогноза с точки зрения их влияния на бюджет, это дает возможность делать предположения по показателям прогноза, которые, на наш взгляд, нереалистичны. Мы начали де-

лать такую работу, но, на мой взгляд, она должна быть более системной и серьезной.

Правильнее было бы рассматривать прогноз в конце апреля — начале мая, чтобы он стал основанием для формирования бюджета, затем можно его немного корректировать перед внесением бюджета в Думу — и больше не менять.

— *Счетная палата с Вашим приходом очень часто критикует Минфин, Вы многое хотите поменять в его работе. Это связано с тем, что Вы сами вышли из Минфина?*

— Мы все должны работать на результат. И если мы видим, что можно что-то улучшить, конечно, мы об этом говорим. Будем говорить обо всех проблемах, пока не достучимся. Конечно, моя работа в Минфине налагает отпечаток на работу в сегодняшней должности, я знаю работу Минфина изнутри, знаю, куда надо заглянуть. Не знаю, хорошо ли это для Минфина, но для Счетной палаты это очевидное преимущество. Диалог между нами и Минфином становится более профессиональным и конструктивным.

— *А когда вы критикуете правительство, премьер не обижается на критику?*

— Если критика справедливая, то почему нужно на нее обижаться? И ведь все это можно поправить. Сейчас работа СП с правительством стала более предметной. Может, пока СМИ это не видно, но с точки зрения реагирования все ведомства стали более конструктивными.

— *А Антон Силуанов как реагирует на критику, причем публичную?*

— Я знаю Антона Германовича всю свою профессиональную жизнь. Мы начинали и долго работали в одном кабинете. Думаю, у нас не может быть плохих отношений. Я свою работу здесь рассматриваю как помощь Минфину, и у нас не было с министром финансов конфликтов, обид с его или моей стороны.

— *Добиваться своего Кудрину помогал его аппаратный вес, а насколько хватает аппаратного веса Антону Силуанову?*

— Профессионализма хватает.

— *Вне сомнения. А как насчет аппаратного веса?*

— Просто он еще не очень долго работает министром финансов.

БИОГРАФИЯ

Родилась 9 февраля 1966 г. в Мытищах (Московская обл.). В 1987 г. окончила Московский институт народного хозяйства им. Г. В. Плеханова и стала младшим научным сотрудником НИИ труда. 1990 - начала карьеру в Министерстве финансов РСФСР с должности экономиста; 1999 - заместитель министра финансов Российской Федерации; 2007 - министр здравоохранения и социального развития; 2012 - помощник Президента Российской Федерации; 2013 - назначена на должность председателя Счетной палаты.

Чему Голикова научилась у Кудрина

Татьяна Голикова умеет оппонировать людям с большим аппаратным весом. Например, на посту министра здравоохранения и социального развития Голикова провела пенсионную реформу: увеличила денежную стоимость пенсионных прав (валоризация) и настояла на увеличении страховых взносов до 34% (правда, впоследствии они были снижены до 30%). Против повышения страховых взносов выступал Алексей Кудрин, тогда министр финансов, но Голикова оказалась убедительнее. Как шутил потом Кудрин, «научили на свою голову». Голикова вспоминает: «В той ситуации я предлагала компромиссный вариант — снизить другие налоги, но он не согласился». Отстаивать свою позицию до конца, как следует из слов Голиковой, ее действительно научил опыт работы в Минфине с Кудриным: «Я всю профессиональную жизнь в Минфине занималась бюджетом, после сокращения замминистров замами остались только мы с [Сергеем] Шаталовым — мне было поручено заниматься бюджетом, а ему всем остальным. Было очень сложно: по сути, нужно было научиться разбираться во всем, чтобы оценивать целесообразность выделения средств. И у нас была очень профессиональная команда: мы научились отстаивать свою позицию, в чем большая заслуга Кудрина. Он относится к категории людей, которые добиваются своего. Меня всегда подкупало в нем то, что если он считал, что он прав или что какая-то идея будет абсолютно вредной для страны или отрасли, то он использовал весь свой ресурс до конца, чтобы доказать это. Вплоть до премьера и президента. Не всегда удавалось убедить, но часто удавалось. И такая же черта у меня. Пройдя такую школу, мы научились формулировать позицию детально и настолько ее обосновывать, что нас начинают слышать и слушать. Я по-прежнему считаю, что, когда мы принимали решение о повышении страховых взносов, оно было оправданным, это позволило нам улучшить пенсионное обеспечение российских граждан».

*Ведомости, Москва
(18.06.2014)*

Центр протезирования суставов с помощью титановых сплавов откроется на Урале в августе

Госпиталь восстановительных инновационных технологий в Нижнем Тагиле (Свердловская область) получил лицензию на осуществление медицинской деятельности и откроется для пациентов в августе, сообщил корр. ИТАР-ТАСС директор учреждения Владислав Тетюхин. В госпитале будут проводить хирургические операции, связанные с протезированием костей и суставов. Первых пациентов ультрасовременная клиника примет уже в августе текущего года. До конца декабря планируется выполнить порядка 2-2,5 тыс. операций. Проектная мощность центра - порядка 8 тыс. хирургических манипуляций.

Граждане РФ будут получать высокотехнологичную помощь за деньги территориальных Фондов обязательного медицинского страхования (ТФОМС) и по принципу государственного заказа. В штате клиники - уже 43 медика, среди которых 17 хирургов, на счету которых не менее сотни операций по профилю госпиталя.

По словам Тетюхина, на данный момент полностью готова первая очередь госпиталя – 141 койка для пациентов и гостиница на 40 мест для организации дневного стационара. Построены дома для сотрудников. Вторая очередь центра включает в себя реабилитационный центр второго уровня на 120 коек, а также жилые дома и еще одну гостиницу. Строительство второй очереди будет проводиться на средства бюджета Свердловской области. В текущем году на эти цели предусмотрено 1,2 млрд руб.

В чем уникальность центра

Нижнетагильский центр станет крупнейшим в России по протезированию суставов с использованием инновационных титановых сплавов. Ранее губернатор Евгений Куйвашев сообщил, что, по признанию специалистов, госпиталь будет и самым технологичным профильным центром, не уступающим аналогичным лечебным учреждениям за границей.

«Многие наши земляки вынуждены обращаться за медицинской помощью в клиники Израиля, Германии, – рассказал Куйвашев. – С пуском госпиталя в Нижнем Тагиле сложнейшие операции можно будет проводить у нас».

Владислав Тетюхин является инициатором проекта и вложил в него порядка 3,3 млрд рублей собственных средств. Долгое время он возглавлял компанию ВСМПО-АВИСМА – крупнейший производитель титана в мире.

Ранее открытие центра планировалось в начале текущего года.

*ИТАР-ТАСС, Москва
(17.06.2014)*

Людмила Козлова: «Управление отраслью неэффективно на всех уровнях»

4 июня в Москве завершил работу XV Всероссийский конгресс диетологов и нутрициологов с международным участием «Здоровое питание: от фундаментальных исследований к инновационным технологиям», на котором заместитель Председателя комитета по социальной политике Совета Федерации РФ Людмила Козлова рассказала о роли законотворческой деятельности в решении насущных проблем здравоохранения.

«Мы живем в правовом государстве, которое предполагает верховенство законов и безусловное подчинение всех слоев общества действующему законодательству, — отметила спикер. — Мало создавать законы, важно добиваться их неукоснительного исполнения. Понятие

законотворчество не исчерпывается созданием закона, а включает также оценку его эффективности и последующую корректировку. Поэтому при создании законов необходима хорошая экспертная проработка, а после их принятия — постоянный мониторинг их правоприменения».

Проблемы здравоохранения

Людмила Козлова обратила внимание на несовершенство нормативно-правового регулирования в здравоохранении, в частности — недостатки в регистрации, сертификации, лицензировании. По мнению эксперта, не урегулирован процесс оказания платанных медицинских услуг государственных и муниципальных медицинских организаций.

«Я хотела бы напомнить о послании Президента Федеральному Собранию, в котором он отмечал, что нужно серьезно усилить роль профессионального сообщества в управлении системой здравоохранения, — заявила Людмила Козлова. — Однако на сегодняшний день все еще не решены вопросы саморегулирования профессиональной деятельности медицинских работников. Как можно делегировать эти полномочия, если нет правовых механизмов передачи профессиональным обществам полномочий по разработке и утверждению клинических рекомендаций, по участию в формировании тарифов на медицинские услуги, по реализации того же последипломного непрерывного медицинского образования? Естественно, эта проблема будет решена, когда появится Федеральный закон о саморегулируемой профессиональной медицинской деятельности».

Касаясь вопросов доступности и качества оказания медицинской помощи, спикер напомнила, что действующей Конституцией РФ гарантируется право граждан на бесплатную медицинскую помощь, однако дополнительные услуги граждане могут получать также на основе программ добровольного медицинского страхования, а также за счет средств юридических лиц, личных сбережений и иных источников, разрешенных законодательством.

Говоря о несовершенствах действующего законодательства, эксперт отметила, что оно не дает четкого определения того, за счет бюджета какого уровня должно осуществляться обязательное медицинское страхование, кто конкретно должен являться страхователем неработающего населения. Два закона о медицинском страховании расходятся во мнении на этот счет, относя к числу страхователей неработающего населения как органы государственности субъекта федерации, так и местные администрации.

«Серьезной проблемой здравоохранения является несоответствие системы повышения квалификации медицинских кадров потребностям практического здравоохранения и международным стандартам, — считает Людмила Козлова. — Существующие в стране технологии последипломного образования безнадежно устаре-

ли. Курсы повышения квалификации на длительный срок отрываю медицинских работников от практической деятельности. Не разработана специальная программа для дистанционного обучения. В условиях значительного дефицита кадров, который наблюдается в наши дни, дистанционное обучение, конечно, не может полностью заменить обучение, но частично поможет решить эту проблему, поэтому необходимо его развивать. Для этого надо провести большую методическую работу».

Основной проблемой российского здравоохранения, по мнению спикера, является дефицит медицинских кадров, который вызывает снижение доступности медицинской помощи, очереди в поликлиниках и недовольство населения. Для решения этой проблемы необходимо повышать социальный статус медицинских работников.

«Сегодня мы с ностальгией вспоминаем систему распределения выпускников высших и средних медицинских образовательных учреждений, существовавшую в Советском Союзе, — заявила Людмила Козлова. — Но нам нужно не то распределение, которое было раньше. Мир изменился, изменилось и государство. Сегодня нужны определенные социальные гарантии. Это может быть повышение заработной платы, предоставление после отработки определенного количества лет жилья в собственности. Сегодня врачи нужны не только в дальних районах страны. Жесточайший дефицит медицинских кадров — как среднего медперсонала, так и врачей — уже испытывают области Центрального федерального округа. В какой-то степени помочь в решении этой проблемы может интеграция в лечебный процесс сотрудников клинических кафедр медицинских вузов, поскольку, по крайней мере, половина медицинских вузов не имеет собственных клинических баз. Но как можно учить, не занимаясь лечебной деятельностью? Поэтому необходимо на федеральном уровне разработать Положение о клинической больнице».

Также эксперт обратила внимание на то, что в настоящее время в стране недостаточно используются механизмы государственно-частного партнерства, предпринимательской инициативы, хотя они помогли бы внедрению российских инноваций и развитию реальной конкуренции в отрасли.

Неэффективное управление

«Сегодня наблюдается неэффективное управление отраслью на всех уровнях, — заявила Людмила Козлова. — В России отсутствует стратегическое планирование и ответственность руководителей всех уровней за достижение результатов в обеспечении качества и безопасности медицинской помощи, эффективности деятельности. Отсутствуют единые требования к экспертизе, формированию стандартов оказания медицинской помощи, лекарственных перечней. Отсутствует междисциплинарный подход к проведению экспертизы. Ключевым вопросом является развитие системы ценообразования на лекарственные препараты, в котором необходимо госу-

дарственное регулирование. И решением этой проблемы может быть появление соответствующего Федерального закона либо внесение отдельных изменений в Федеральный закон «Об обращении лекарственных средств».

По мнению эксперта, состояние здоровья населения у нас оставляет желать лучшего. При этом наше население недостаточно информировано о факторах, влияющих на состояние здоровья, однако склонно предъявлять претензии к врачам. Когда люди испытывают потребность в консультации доктора, они из-за дефицита кадров не могут попасть к нему на прием. В этой ситуации важно понимать, что на состояние здоровья человека медицинская составляющая влияет лишь на 10%, на 40–50% влияет образ жизни, на 20% — генетика и настолько же экология.

«Говоря о программе государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, необходимо отметить, что территориальные программы государственных гарантий финансируются по-разному в разных субъектах Российской Федерации. И это большая проблема, — заявила Людмила Козлова. — Жители всех регионов России, где бы они не жили — в Сургуте или в Центральном федеральном округе — везде должны получать одинаковую медицинскую помощь. Это обязательство государства. При этом надо понимать, что программа государственных гарантий в обеспечении бесплатной медицинской помощью, лекарствами, продуктами лечебного питания и т.д., должна быть увязана с обязательствами граждан, и, прежде всего, с ведением здорового образа жизни, регулярным прохождением профилактических осмотров и выполнением рекомендаций врачей. Поэтому в настоящее время обсуждается Федеральный закон «О стимулировании мотивации к здоровому образу жизни».

Спикер отметила, что, несмотря на сложную экономическую ситуацию, государство находит возможность заботиться о здоровье населения. Так, в декабре 2013 года был принят закон о внесении изменений в статью 9 Федерального закона «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней», согласно которому в национальный календарь прививок включена прививка против пневмококковой инфекции. Реализация федерального закона будет осуществляться за счет бюджетных ассигнований, которые будут увеличены в 2015 году по сравнению с 2014 годом.

«При этом надо понимать, что с большинством проблем мы все-таки не справились, — констатировала Людмила Козлова. — В связи с нечеткостью правового регулирования здравоохранения на разных уровнях управления, проводимая в России реформа здравоохранения имеет фрагментарный характер. Неопределенность связана с разделением ответственности участников системы здравоохранения и координации их деятельности». В заключение заместитель председателя комитета по социальной политике Совета Федерации РФ призвала профессиональное сообщество вносить в регу-

лирующие органы предложения по оптимизации работы системы. И прибегать к критике, только если они не будут услышаны».

АМИ - Российское агентство медико-социальной информации, Москва (20.06.2014)

Лео Бокерия: «Спасение нации — в развитии высокотехнологичной медицинской помощи»

В Москве завершился 16-й Международный конгресс по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению ТСТ Russia XVI, на котором президент Ассоциации сердечно-сосудистых хирургов России, директор Научного центра сердечно-сосудистой хирургии РАМН Лео Бокерия рассказал о перспективах развития сердечно-сосудистой хирургии и о проблемах российского здравоохранения.

— Лео Антонович, сегодня в России смертность от сердечно-сосудистых заболеваний занимает первое место среди прочих причин. Что надо сделать, чтобы переломить эту ситуацию?

— Действительно, продолжительность жизни в Российской Федерации существенно ниже, чем в ведущих странах мира, в том числе, в США, в первую очередь, за счет высокой смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Поэтому спасение нации состоит в развитии высокотехнологичной помощи до уровня Германии. Мы ставим перед собой такую задачу.

В настоящее время мы имеем беспрецедентный рост объемов специализированной медицинской помощи. За неполные 20 лет объем операций на открытом сердце вырос в десятки раз. Особенно заметен прогресс в области эндоваскулярных методов лечения. Это дорогостоящие технологии. И если бы не было денег — не было бы такого прорыва. Последние 5–6 лет деньги у страны были, и мы надеемся, еще будут.

Кардиохирурги посчитали, что при таких темпах роста мы могли бы в течение 8–10 лет выйти на германский уровень по числу открытых операций на сердце, что увеличит продолжительность жизни в Российской Федерации более чем на 10 лет, причем с хорошим качеством.

Вопрос только в правильной организации работы, чтобы она не мешала саморазвитию медицины. К примеру, в Кливлендской клинике, которая делает такой же объем операций, как и Бакулевский центр, годовой оборот составляет 4,3 млрд долларов, и они года 2–3 назад построили на свои средства новый клинический корпус за 400 тыс. долларов. У нас за 400 тыс. долларов такой комплекс мы построить не сможем, даже если они будут.

Мы выполняем такие же высокотехнологичные операции, как в США, но ценовая политика у нас совсем другая: операция на открытом сердце новорожденному в бостонской клинике стоит 127 тысяч долларов, такая же операция в Бакулевском центре оплачивается в объеме 6,5 тысяч долларов. Известно, что американцы очень хорошо

считают деньги, и понятно, что из-за разницы в цене российские хирурги и реаниматологи не могут использовать в операционной какие-то очень серьезные технологические возможности.

— Каково качество выполняемых в стране операций, и как оно соотносится с качеством аналогичных вмешательств в мире?

— Один из показателей роста качества лечения — это летальность. Сегодня летальность при выполнении чрескожно коронарных вмешательств составляет 0,7%, что абсолютно соответствует мировым стандартам. При операциях у детей с врожденными пороками сердца, включая новорожденных детей, летальность ограничивается 0,6%. При сосудистых патологиях летальность еще меньше.

— Насколько удовлетворена потребность населения Российской Федерации в операциях на сердце?

В настоящее время детям мы делаем 52% операций от необходимых. Достаточно хорошо обстоят дела с лечением клапанных пороков сердца. Мы сильно продвинулись в лечении аритмии сердца. Но у нас крайне неблагоприятно обстоят дела с коронарной патологией — делается всего 17% операций от необходимых.

— Почему такой маленький процент прооперированных? С чем это связано: с нехваткой финансирования, нехваткой оборудования, неподготовленностью врачей?

— Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний — это не только российская, это глобальная проблема. Во всем мире 75% сердечно-сосудистых патологий связаны с коронарной болезнью — ишемической болезнью сердца.

Что касается наших российских проблем, я думаю, они в большей степени связаны с организацией здравоохранения.

У нас есть полуофициальная статистика: из 100 человек, которые приходят с жалобами на сердце к терапевту, он направляет к кардиологу 4, а остальных он продолжает сам лечить таблетками. Из 100 больных, которых терапевт направил к кардиологу, кардиолог направит к кардиохирургу не больше 5 человек, а остальных будет лечить сам. В результате такого подхода, львиная доля пациентов, нуждающихся в оперативном вмешательстве, остается без должной медицинской помощи. Соответственно, растет смертность от сердечно-сосудистых заболеваний.

На мой взгляд, это определенная безответственность. То есть не выстроена система оказания такого рода медицинской помощи, не сформирована инфраструктура.

Сейчас федеральные центры бьются за этих 17%, разными путями добиваются, чтобы тот или иной регион направлял больных именно к ним. В результате, чтобы получить медицинскую помощь, больные вынуждены преодолевать 1000–1500 километров, хотя могли быть прооперированы в своем регионе.

Если в США существует 870 центров, выполняющих операции на открытом сердце, то у нас в стране 110, из которых порядка 40 клиник делают меньше 100 операций в год.

Если вы выйдете в США на улицу и спросите у любого прохожего: «Что такое аортокоронарное шунтирование?», то 9 из 10 дадут правильный ответ, потому что такую операцию перенесли их отец, сосед, дядя... А у нас правильно ответит только 1 из 10, потому что слышал, что Ельцину делали аортокоронарное шунтирование.

– Какой Вы видите выход из ситуации?

– Инфраструктура должна заработать, когда здравоохранение будет переведено на одноканальное финансирование, и высокотехнологичная медицинская помощь будет оплачиваться из фонда ОМС. При этом все граждане Российской Федерации должны быть застрахованы в системе ОМС, и страховой полис должен быть достаточно наполнен.

Если пациент пришел в поликлинику, и его не устраивает качество оказания медицинской помощи, он собирает информацию и выбирает лучшую больницу, лучшую поликлинику, лучшего врача. Производители медицинского оборудования и медицинских изделий видят, что в ту или иную клинику пошли реальные деньги, они приходят туда и предлагают все необходимое в том количестве и в том виде, в котором больнице нужно. Постепенно отпадает необходимость в импорте, сами собой уходят дилеры, уходят спекулянты.

При этом будут закрываться больницы, специалисты которых не обладают определенной квалификацией, и врач начнет понимать, что ему нужно непрерывно учиться. В Америке каждый хирург должен иметь ежегодно 500 часов так называемого непрерывного образования. Мы же над этим бьемся с 1998 года, но даже у себя в Институте не можем это внедрить, потому что в целом по стране эта система не работает. Она только-только начинает развиваться.

Многие руководители медицинских учреждений не разделяют ваших надежд, связанных с погружением высокотехнологичной медицинской помощи в систему ОМС, потому что территориальные фонды ОМС не наполняются в должной степени, поскольку регионы не могут собрать налоги, а многим субъектам их просто не с кого собирать...

Это вопрос ко всей нашей системе — как она работает. По заявлениям очень ответственных лиц, ежегодно в Фонде ОМС аккумулируется несколько триллионов рублей. А это большие деньги!

Необходимо проводить аудит — контролировать, как тратятся эти деньги, куда они распределяются. Потому что, вообще говоря, это — страховая касса, которая была в Российской Империи.

Все эти деньги должны идти только на лечение больного, и тогда мы сможем оказать необходимую помощь очень большому пласту людей, которые в ней нуждаются. Необходимо осознать, что люди умирают, недополучая высокотехнологичную медицинскую помощь, и постараться сделать это направление приоритетным в плане финансирования.

Я думаю, в течение 2–3 лет этот механизм должен заработать. И тогда, конечно, увеличится объем выполняемых операций.

Я такой человек, что пытаюсь найти выход в любой ситуации, потому что у меня такая специальность. Я пришел в сердечно-сосудистую хирургию, когда многих больных мы оставляли на операционном столе. Сегодня у нас больной на операционном столе не остается. У нас есть пособие, которое позволяет нам, как минимум, вывести больного в реанимацию, и пытаться его выводить. Так же и здесь. Многие мои коллеги мне говорят, что при существующей организации ничего невозможно сделать, но я езжу по стране и вижу целый ряд руководителей регионов, которые считают высокотехнологичную медицинскую помощь первоочередной задачей и всячески ее поддерживают.

Я думаю, что проблема решается. Мы только должны все время спрашивать: «Где эти триллионы?»

*АМИ - Российское агентство медико-социальной информации, Москва
(20.06.2014)*

«Дагестанские джамааты приглашают врачей, как имамов»

Эксперт по Северному Кавказу Денис Соколов – о том, как дагестанские сообщества решают проблему медицинского обслуживания в своих селах.

Квалифицированные специалисты-медики, выходцы из Дагестана, стали возвращаться на родину, чтобы работать в районных больницах. Сельские джамааты приглашают их почти как имамов – чтобы не просто работать врачами, но и нести миссию. Система вполне могла бы оказаться жизнеспособной. Однако без воспроизводства кадров здесь не обойтись, а рассчитывать на нынешнюю систему образования, увы, не приходится. Старший научный сотрудник РАНХ и ГС Денис Соколов в интервью КАВПОЛИТУ рассказал о том, как дагестанские джамааты взяли на себя функции государства в сфере здравоохранения.

Прежде чем перейти к интервью отметим, что заранее оно не планировалось. Во время беседы на другую тему Денис Соколов поделился с корреспондентом КАВПОЛИТА своими наблюдениями о тенденциях в сфере здравоохранения. Опыт дагестанских джамаатов по возрождению медицины в селах показался нам любопытным.

Денис, признаться, о возвращении квалифицированных врачей в сельские больницы нам ничего не известно. Давайте начнем с подробностей, а затем перейдем к вопросам-ответам.

Во многих регионах России, в том числе и в Дагестане, здравоохранение пострадало значительно больше, чем в крупных городах. Люди всегда стремятся работать там, где больше перспектив для карьеры, есть возможность проводить научные исследования, повышать квалификацию и т.д. Поэтому в Москве, Санкт-Петербурге, Томске, Новосибирске, Екатеринбурге и некоторых других го-

родах концентрировались и продолжают концентрироваться лучшие медицинские кадры. Так что сама отрасль здесь сохранилась за счет постоянного притока кадров.

На Северном Кавказе, да и вообще, на юге страны происходит обратный процесс. В начале 1990-х уехало очень много специалистов из Махачкалы, Нальчика, Черкесска – городов, которые были региональными центрами притяжения для представителей так называемой творческой и научной интеллигенции.

Постепенно менялось и отношение к образованию. Сегодня оно, скорее, воспринимается не как свидетельство о квалификации, а как символ престижа. Непрофессионализм – серьезная проблема для всех отраслей. Но, скажем, в юриспруденции или экономике некомпетентность специалиста не так фатально отражается на людях, как в медицине. Поэтому общий кризис среднего и высшего образования заметнее проявляется именно в здравоохранении.

Становится все меньше кадров, получивших образование еще в Советском Союзе, а пришедшая на смену молодежи гораздо хуже подготовлена и, по большому счету, не способна оказывать квалифицированную медицинскую помощь. Научные школы развалены. Технологии, в основном, импортируются – мы отстаем здесь на несколько десятилетий. В общем, сломалась советская организация здравоохранения, которая делала из отрасли индустрию.

Молодые специалисты, по большому счету, не способны оказывать квалифицированную медицинскую помощь

Но есть и хорошие новости. Некоторые методы лечения в кардиохирургии, ортопедии, эндоскопической хирургии благодаря глобализации и созданию специализированных центров стали доступны населению. Но эти достижения – для крупных городов, в области ВТМП (высокотехнологичной медицинской помощи). «Линейная» же медицина преимущественно деградирует.

Это уже не индустрия, это сеть специалистов разного уровня, имеющих доступ к некоторому оборудованию, пытающихся (в лучшем случае) чему-то научиться у коллег. Я об этом говорю лишь для того, чтобы показать, насколько сильно пострадала система здравоохранения за последние 25 лет.

Предпринималось несколько попыток ее реанимировать. Например, известный проект модернизации – с закупкой дорогостоящего оборудования и пр. Но он оказался малоэффективным. Слишком велик был коррупционный интерес. И результат получился несопоставимым с затратами. Создание системы обязательного и дополнительного медицинского страхования, внедрение рыночных и страховых принципов – тоже успехом не увенчались. Все свелось к распределению ресурсов между медицинскими и управленческими корпорациями. Основная игра – между ФОМС и администраторами от медицины. Побеждают республиканские ЛПУ, немного

достается руководителям районного звена. Пациент и лечащий врач выпали из «игры».

В этих условиях существенно пострадала местная медицина. Основные деньги концентрируются в руках руководителей крупных лечебно-профилактических учреждений. Получить на местах медицинскую помощь стало сложнее. В некоторых районах Дагестана практически не осталось врачей, которые не только называются врачами, но и умеют что-то делать. Люди стали умирать от примитивных в плане лечения болезней. Инсульты, инфаркты не диагностируются. Простейшие операции делать некому, даже элементарные апендэктомии, холецистэктомии.

Люди в дагестанских селах стали умирать от примитивных в плане лечения болезней

И вот здесь очень интересно, как дагестанские сельские сообщества отреагировали на разрушение здравоохранения. Используя свой авторитет, влияние на выходцев горных (и не только) районов, они стали приглашать к себе врачей, которые когда-то жили и учились в этих селах. Собственно говоря, это члены того или иного джамаата, оказавшиеся востребованными благодаря своему профессионализму не только за пределами района, но и республики.

Сегодня их приглашают для работы в сельских больницах. К примеру, один из лучших травматологов Дагестана, ученик знаменитого профессора Илизарова, работает в участковой больнице в горном селении Тлох Ботлихского района. За счет этого больница стала таким межрайонным травматологическим центром.

То же самое можно сказать о некоторых других районах и селах: Гунибский район, Карата Ахвахского района. В селении Гурбуки Карабудахкентского района есть замечательный частнопрактикующий врач, к которому едут люди из Махачкалы.

Бывает, что приходят в сельские больницы и молодые специалисты. В Махачкале через медицинскую отрасль проходят серьезные финансовые потоки, и любое место врача – это ресурс, который распределяется статусными представителями профессии. Иначе говоря, административной элитой соответствующей сферы. Часто – по наследству. Не у всех есть шанс там пробиться. Это обратная, не очень приятная, сторона врачебных династий. И некоторые молодые люди, обучившиеся, скажем, эндоскопическим методам хирургии, предпочитают работать в районе. Приход такого специалиста резко поднимает и общий уровень самой районной больницы.

В Махачкале любое место врача – это ресурс, который распределяется административной элитой

Возможно, я немного преувеличиваю, но мне кажется, что активность и предприимчивость дагестанцев, их склонность к самоорганизации позволила им оптимально использовать ситуацию, возникшую после краха здравоохранения и последовавших попыток реанимировать

отрасль за счет оснащения больниц современной аппаратурой. Эти осколки модернизации порой смотрятся в горных районах экзотично, но тем не менее в некоторых местах научились использовать возможности сложной техники. Конечно, не на все сто процентов. Но ведь и в больших городах у нас далеко не всегда задействуют на полную мощность имеющееся оборудование.

Разумеется, в горных районах сложно найти специалистов по эндоскопической хирургии, трудно поддерживать высокую квалификацию в узких специальностях. Аппаратура простаивает. Да и в общем-то многочисленные аппараты УЗИ, закупленные по госпрограммам, не всегда используются эффективно. И все же сельские сообщества в Дагестане как-то «выруливают», пытаются извлечь максимум из того, что есть: находят оборудование, обмениваются опытом специалистов на региональном уровне и так далее. То есть джамаат, приглашая специалиста, обеспечивает ему, насколько это возможно, комфортные условия для работы.

Тут надо понимать, что врачей приглашают в джамааты, по сути, как имамов, – не только для того, чтобы работать в лечебно-профилактическом учреждении, но и для того, чтобы нести миссию. Врач испытывает на себе не только профессиональное давление, но и давление социальное, политическое и гуманитарное. Это еще более осязаемая ответственность перед обществом. Неслучайно, врачи иногда становятся председателями советов джамаатов. А лидеры джамаатов, в свою очередь, очень близки к религиозным лидерам, играющим сегодня чрезвычайно важную роль в Дагестане.

Врачей приглашают в джамааты, как имамов, – для того, чтобы нести миссию

Со стороны ситуация выглядит достаточно архаичной, но в нынешних условиях это, наверное, единственно возможный путь. По сути, сельские сообщества стали заказчиком медицинских услуг. В этом смысле они замещают собой государство. И при этом оказываются гораздо ближе к потребителю. Это парадокс, но в плане организации здравоохранения Дагестан опередил другие регионы. По необходимости, конечно.

Как решается вопрос оснащения больницы? Ведь помимо упомянутой выше дорогостоящей аппаратуры нужны еще и приборы попроще – для повседневной работы.

Со «стола» глобальной модернизации удается смести какие-то крохи. В основном, оборудование получают крупные лечебно-профилактические учреждения в столице региона. Но кое-что достается и районам.

В остальном – больницы инвестируют так же, как и строят мечети: за счет спонсоров. Здесь немалую роль играет доверие к врачу. Если джамаат ему доверяет, то сообщество создает условия и тем самым обеспечивает себе квалифицированную медицинскую помощь.

– Насколько широко распространен этот опыт в Дагестане, и имеются ли примеры подобной самоорганизации в других республиках Северного Кавказа?

– Могу говорить только о дагестанском опыте, в других республиках я ничего такого не видел. Пока это, так сказать, точечная самоорганизация, но процесс уже набирает обороты. При этом надо не забывать, что в села возвращаются в большинстве своем немолодые врачи. У меня еще нет точных данных, но навскидку соотношение где-то один к пяти: один молодой специалист на пять специалистов советской школы здравоохранения. Может быть, разрыв даже больше.

Это комплексная проблема. Провалилось среднее образование, следом за ним – высшее медицинское. И все это «подкрепляется» отсутствием эффективной системы повышения квалификации. Курсы какие-то есть, но в основном теоретические. Говорят, неплохо готовят в Казани. Даже если так, то на ситуацию в целом это не влияет. Медицина скатилась до того уровня, когда врачи порой ищут методы лечения в интернете. От пациентов их отличает только умение находить нужную информацию, если они хорошо учились и знают где и что искать, владеют терминологией, иностранными языками и латынью. Это, к сожалению, редкость. Бывает, что прилично образованный пациент разбирается в медицине лучше, чем его лечащий врач.

От пациентов врачей порой отличает лишь умение находить нужную информацию в интернете

– В прошлом году на семинаре в Бекасово представители общества «Согратль», рассказывая о своем опыте самоуправления, коснулись темы школьного образования. При этом они говорили не о том, что их выпускники поступают в престижные вузы и прочее. Поводом для гордости стал тот факт, что ученики начали сами сдавать экзамены. То есть у людей, почувствовавших себя хозяевами собственной судьбы, произошла переоценка ценностей, изменились приоритеты. Выше вы заметили, что дагестанские сообщества склонны к самоорганизации. Можно ли связывать процесс возвращения врачей с запросом на знания как таковые. Есть ли предпосылки ожидать, что вслед за медиками в села станут приглашать, допустим, квалифицированных педагогов?

– В «Согратль», кстати говоря, приглашали очень хорошего директора школы – лучшего в районе. Но его уволили по идеологическим мотивам... Иллюстрация того, что просвещенное общество и ангажированное в корпоративных интересах государство не совместимы. В целом же опыт «Согратля» пока остается уникальным. Пожалуй, других таких примеров – когда общество сознательно, открыто и последовательно пытается повысить уровень образования сельских детей – в Дагестане я не знаю. Но если еще не появилась такая практика – обязательно появится. Причем «Согратль» выглядит парадоксальным еще и потому, что большинство его выходцев живет в городе. В селе осталось где-то 200 хозяйств, в то время как в Махачкалу перебралось около двух тысяч семей.

Просвещенное общество и ангажированное в корпоративных интересах государство не совместимы

Учителей в некоторые села тоже приглашают. Но здесь есть принципиальная разница в подходах. Выше я сравнивал приглашение врача с приглашением имама. Так вот, этот «институт приглашения» призван удовлетворить запрос на специалиста в какой-то конкретной области – врача, педагога или имама, не важно. Приглашающая сторона заинтересована не в том, чтобы освоить знания, а в том, чтобы получить результат от этих знаний. Джамаат пока не создает (или не способен создавать в принципе) механизм для наработки этого самого условного блага.

В общем-то, это закономерно. У сельских сообществ нет достаточных ресурсов – ни материальных, ни человеческих, для того, чтобы воспроизводить то, что должна воспроизводить городская среда. Поэтому села испытывают постоянный дефицит специалистов. Там всегда не хватает хороших учителей, врачей, высокообразованных имамов и так далее. А без них, в свою очередь, невозможно воспроизводство даже какой-то элементарной культуры в сельских общинах.

– И в то же время именно сельские сообщества сумели самоорганизоваться, когда появился запрос на качественное здравоохранение. Получается, за счет мобильности они способны более эффективно обеспечивать безопасность жизни – в сравнении с городом?

– Я бы так не сказал. Хотя их консолидация, безусловно, позволяет сохранять институты санкционированного насилия и санкционированной собственности. Когда государство рухнет, эти институты выполняют роль своего рода костылей. Приглашение специалистов – это как раз такие костыли. Сельское сообщество в доступных ему формах и масштабах заменяет государство, покупая услуги напрямую.

Джамааты в доступных ему формах и масштабах заменяют государство

– Могут ли сельские джамааты «перетянуть на себя одеяло» в плане привлечения квалифицированных специалистов? Все-таки они предлагают неплохие условия, у врачей появляется авторитет в обществе, чего в городе добиться значительно труднее...

– Они сейчас и перетягивают. Но еще раз повторю: мы говорим в основном о врачах, которые обладают бесценным опытом, однако их карьера уже близится к завершению. Даже свой опыт, по большому счету, им передать некому. Система воспроизводства медицинских работников разрушена. И сельские сообщества здесь не могут заменить государство. Опытным врачам остается лишь использовать свои знания на благо близких им людей. Тех, кто приходит им на смену, гораздо меньше, чем требуется обществу.

– Получается, когда иссякнут ресурсы советской системы здравоохранения, приглашать будет просто некого. Стало быть, это тупиковая «ветвь развития»?

– Почему тупиковая? Наоборот, довольно перспективная. Сложно представить себе молодого врача, который приедет в село и в наших реалиях вырастет в хорошего специалиста. При этом для некоторых медиков с большим опытом врачебная практика в районной больнице может оказаться оптимальным вариантом. Все-таки с годами многим становится трудно выдерживать нагрузки больниц Москвы, Санкт-Петербурга, Махачкалы, где, допустим, хирургу приходится делать по две-три операции в день.

Практика приглашения специалистов может быть очень эффективной. Но ее нужно подкрепить адекватными мерами по воспроизводству медицины. После некоторой оптимизации, на эту практику можно было бы опираться при воссоздании системы здравоохранения. Вот только вряд ли это произойдет. С нашим здравоохранением особенно.

Практика приглашения специалистов может быть эффективной, если ее подкрепить мерами по воспроизводству кадров

– То есть мегаполисы в любом случае будут поставлять кадры в районные больницы. Могут ли в таком случае районы создать конкуренцию городу в сфере медицинского обслуживания?

– Нет, не смогут. Во-первых, нет такой армии квалифицированных врачей, которые будут возвращаться в села – их просто нет в природе. Во-вторых, вопрос о конкуренции здесь вообще не стоит.

Конкурентная среда формируется вокруг дорогостоящих операций и в определенных медицинских отраслях, таких как стоматология, урология, гинекология и пр. Крупные медицинские центры здесь предлагают высокотехнологичное медицинское обслуживание, они обеспечены квалифицированными узкими специалистами. Но проблема в том, что на фоне общей ситуации в здравоохранении они смотрятся как дворцы в лесу. При всей привлекательности вывесок этих заведений, они остаются всего лишь вывесками. Изменить систему здравоохранения они не могут. Экспортировать из них специалистов и технологию не представляется возможным даже на уровне городской среды, не говоря уж о районной и тем более – сельской. Это совершенно разные уровни.

С одной стороны, это хорошо, что кто-то может получать качественное медицинское обслуживание. Но с другой – мы теряем людей из-за обыкновенных травм и излечимых болезней, которые случаются ежедневно. Инфаркты, инсульты и масса других заболеваний заканчиваются для людей летальным исходом. Онкологические болезни попросту не доходят до квалифицированной медицинской помощи, потому что нет системы диагностики.

Кому-то везет, и он попадает в руки опытных врачей. Но в целом определить траекторию движения пациента в лабиринте нашего здравоохранения практически невозможно.

Определить траекторию движения пациента в лабиринте нашего здравоохранения невозможно

– Вы сказали, что после некоторой оптимизации на «институт» приглашения специалистов можно было бы опереться при воссоздании системы здравоохранения. Как это могло бы выглядеть? На каком этапе должно подключиться государство?

– По правде говоря, чем меньше подключалось бы государство, тем было бы лучше. На мой взгляд, именно смесь государственного и страхового принципов в медицине вносит некую дезорганизацию и усугубляет кризис. Если предложить государственным чиновникам расширить опыт джамаатов по развитию сельской медицины – скорее всего этот опыт утонет в бюрократии и коррупции. Пусть уж лучше сами сельские общества решают свои проблемы. Можно было бы им бюджет ОМС отдать на это. И не мешать.

Под оптимизацией я имел в виду какие-то конкретные вещи. Например, есть несколько районов, где работают хорошие врачи. Они могли бы организовывать совместные конференции по тяжелым случаям. Для этого, в свою очередь, нужно возродить практику вскрытия. Возможно, потребуются как-то изменить протокол, чтобы он не противоречил религиозным нормам. Но без вскрытия нельзя определить факт врачебной ошибки и зафиксировать ее юридически. Врачи могут без проблем списать на тромбоз или инсульт любой смертный случай.

Нужно возродить практику вскрытия, иначе любой смертный случай можно списать на тромбоз

Кроме того, врачебные конференции были бы очень полезны для начинающих. Вообще, в некоторых районах, наверное, можно было бы даже заниматься подготовкой фельдшеров и работников среднего медперсонала – чтобы они могли в дальнейшем получать высшее образование и пополнять ряды врачей.

В любом случае, без воспроизводства кадров не обойтись. Нужно фактически заново создавать систему. После того разрыва, который у нас случился, восстано-

вить ее будет очень трудно. Вполне допускаю, что ее дешевле купить. То есть импортировать. Потому что пока все позитивное в нашей медицине – это импортированный опыт: все эти крупные центры, передовые технологии, специалисты, прошедшие подготовку в зарубежных клиниках... И частная инициатива.

– Но ведь наши власти объявили курс на отечественную медицину. Это реально? Остались ли у нас хоть какие-то ростки?

– Сложно сказать. Какие-то ростки, наверное, остались. Но в целом, мне кажется, что попытка сделать вид, что отечественная медицина существует и отказаться от импорта лекарств, технологий и специалистов сфере здравоохранения приведет к коллапсу отрасли.

Кавполит, Москва
(20.06.2014)

В России не будут возрождать лечебно-трудовые профилактории

В России не будут возрождены лечебно-трудовые профилактории, поскольку они предполагают принудительное лечение, а это запрещено международными конвенциями, заявил премьер-министр РФ Дмитрий Медведев.

«Лечение в так называемых ЛТП было принудительным, а оно в соответствии с международными конвенциями запрещено», — сказал Медведев на встрече с активом партии «Единая Россия» в Йошкар-Оле во вторник.

По его мнению, люди, страдающие алкоголизмом, должны сами прийти к пониманию необходимости лечения.

Кроме того, отметил премьер, такие заведения не дают окончательной и полноценной реабилитации.

РИА Новости, Москва
(25.06.2014)