

Медицинская

17 октября 2014 г.
пятница
№ 78 (7503)

Газета®

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ
Основано в 1893 году. Выходит по средам и пятницам
Распространяется в России и других странах СНГ
www.mgzt.ru

Событие

Круг обсуждения расширяется

В Институте хирургии им. А.В.Вишневского проходит II Международный конгресс «Раны и раневые инфекции»



В Москве собрались около 500 специалистов из всех регионов России, а также Белоруссии, Германии, Казахстана, Узбекистана, Украины, Швеции и других стран. Его организовали «Хирургическое общество – Раны и раневые инфекции», Институт хирургии им. А.В.Вишневского, Московский НИИ неотложной детской хирургии и травматологии, Российский университет дружбы народов, Фонд помощи детям и благотворительный Фонд доктора Рошала.

Открыл конгресс директор Института хирургии им. А.В.Вишневского, главный хирург Минздрава России академик РАН Валерий Кубышкин, с

Встреча мастеров раневой инфекции (слева направо) доктора медицинских наук Владимира Карлова, академика РАН Виктора Гостищева и кандидата медицинских наук Леонида Блатуна

приветствиями к участникам обратились директор МНИИ неотложной детской хирургии и травматологии профессор Леонид Рошаль, академик РАН Виктор Гостищев, заведующий отделом ран и раневых инфекций Института хирургии им. А.В.Вишневского и руководитель отделения гнойной хирургии МНИИ неотложной детской хирургии и травматологии доктор медицинских наук Валерий Митиш.

– Конгресс посвящён 70-летию Института хирургии им. А.В.Виш-

невского, – сказал нам один из организаторов форума Валерий Митиш. – И если 2 года назад наш первый конгресс был посвящён патологии, связанной с сахарным диабетом, то сейчас мы рассматриваем практически весь спектр проблем ран и раневой инфекции. В рамках конгресса прошла конференция «Проблемы анестезии и интенсивной терапии раневых инфекций», телемосты с ведущими клиниками Чехии и Германии.

(Окончание на стр. 2.)

Дежурный по номеру: Николай ЛЕБЕДЕВ

Главный врач поликлиники ОАО «Газпром», профессор кафедры хирургии с курсами травматологии, ортопедии и хирургической эндокринологии Института усовершенствования врачей Национального медико-хирургического центра им. Н.И.Пирогова Минздрава России, заслуженный врач РФ.

Стр. 13.



Перспективы

Режим экономии зарплат не коснётся

Смольный одобрил проект закона «О бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования С.-Петербурга на 2015 г. и на плановый период 2016 и 2017 гг.». Прежде финансовое расписание, по которому в упомянутый отрезок времени предстоит жить 360 медицинским организациям и 10 медицинским страховым компаниям 5-миллионной столицы Северо-Запада, рассмотрели на своём заседании члены городского правительства во главе с губернатором Георгием Полтавченко.

Из вынесенного на обсуждение проекта документа следует, что доходы фонда в следующем году составят 62,5 млрд руб. При этом на 10% по сравнению с годом нынешним увеличится количество пациентов, кому будет оказано лечение с применением высоких медицинских технологий; планируется, что такое количество составит 18,5 тыс. человек. В качестве индикатора доступности амбулаторного сектора практического здравоохранения определён рост посещений врача первичного звена (на 7,5%) и объёма диагностических исследований (на 10%).

В проекте бюджета территориального фонда ОМС просматривается стремление управленцев достичь наибольшей эффективности расходования казённых средств на

каждом из этапов оказания медицинской помощи. Так, снижение необоснованной госпитализации всего лишь на 1% сэкономит более 200 млн руб. С тем чтобы упорядочить потоки больных, подлежащих госпитализации, в С.-Петербурге скоро начнёт функционировать информационный портал, зайдя на который врач получит возможность, в том числе, выбрать стационар для размещения пациента, исходя из наличия свободных мест. Ещё пример. Внедрённая в поликлинике № 77 Невского района система электронной самозаписи способствовала полной ликвидации здесь очереди на забор лабораторных анализов. Проектом спланировано на следующий год распространение опыта «семьдесят седьмой» в других поликлиниках города.

А что сказано о перспективах повышения заработной платы петербургским медикам? В годовом сводке планируемых «активов» и «пассивов» территориального фонда ОМС, традиционно ставшем предметом детального обсуждения членами городского правительства, намечены подвижки. Ожидается, что размер средней зарплаты врача составит 62 256 руб., зарплаты среднего медицинского работника – 37 тыс. руб.

Владимир КЛЫШНИКОВ.
МИА Сити!

С.-Петербург.

Профилактика

Специфическая модель

Региональная модель системы профилактической медицины Ямало-Ненецкого автономного округа признана одной из лучших в стране. Об этом говорили в Москве, где на базе Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова прошла всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Актуальные проблемы модернизации системы первичной медико-санитарной помощи и повышения эффективности управления медицинскими организациями».

Участники конференции рассмотрели вопросы, среди которых модернизация медицинских организаций, оказываю-

щих первичную медико-санитарную помощь, состояние и перспективы развития диагностики, профилактики, лечения и реабилитации в амбулаторных условиях, а также в условиях дневного стационара. Представители Ямала познакомили коллег с особенностями работы медицинских организаций в сельской, городской местности и условиях Крайнего Севера.

По итогам конференции состоялась встреча главного специалиста Министерства здравоохранения РФ по профилактической медицине директора Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины Минздрава России Сергея Бойцова и главного специалиста Департамента здраво-

охранения ЯНАО по профилактической медицине главного врача центра медицинской профилактики Сергея Токарева.

С.Бойцов отметил, что созданная на Ямале региональная модель профилактики хронических неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни сегодня является комплексной, эффективной и включает все необходимые элементы. Это позволяет считать её одной из лучших в России и рекомендовать другим регионам в качестве положительного опыта.

Ольга ШУЛЯК,
пресс-секретарь Департамента
здравоохранения Ямало-Ненецкого
автономного округа.

СЕГОДНЯ В «МГ»

Отчёт о деятельности системы обязательного медицинского страхования в РФ в 2013 г.

Стр. 4-11

Обзор XV Всероссийского научного форума «Мать и дитя»

Стр. 12

Автограф для «МГ». Найджелл Питтс

Стр. 16

Новости

На прививку — марш!

В течение осени астраханские медики планируют привить от гриппа свыше 200 тыс. человек, находящихся в группе риска. В этот список попали 88 тыс. детей. В регион уже поступило 36 тыс. доз соответствующих вакцин. К настоящему времени привито порядка 35 тыс. астраханцев, что составляет 15% от плана.

Для госпитализации больных в регионе полностью укомплектованы 11 инфекционных стационаров и отделений с количеством коек — 690. Кроме того, в период массовой заболеваемости планируется дополнительно развернуть ещё 560 коек в 19 медучреждениях, в том числе 30 коек для беременных на базе Александрo-Мариинской областной клинической больницы и 60 коек в детских стационарах.

Валентин СТАРОСТИН.

Астрахань.

Живи долго!

«Круглый стол» «Перспективы развития оказания помощи лицам старших возрастных групп социально ориентированными некоммерческими общественными организациями» прошёл в Воронеже.

Мероприятие состоялось по инициативе воронежской общественной организации «Воронежский городской форум независимой женской демократической инициативы» в рамках реализации проекта «Активное долголетие» при поддержке Общероссийской общественной организацией «Лига здоровья нации».

Участники очень детально проанализировали перспективы развития оказания помощи лицам старших возрастных групп социально ориентированными некоммерческими общественными организациями, приняли по этому поводу специальные рекомендации. Помимо этого участники мероприятия обратили внимание общественности на необходимость продолжения работы по профилактике преждевременного старения путём разработки персонализированных программ по снижению биологического возраста для улучшения качества жизни и состояния физического здоровья населения Воронежской области, популяризации соблюдения здорового образа жизни.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

Воронеж.

В своём Отечестве
учиться не у кого?

В течение 5 лет врачи разных специальностей, работающие в здравоохранении Республики Хакасия, будут проходить обучение у французских специалистов. Соглашение, подписанное Минздравом республики и Объединением госпиталей в Гренобле (Франция), предполагает как стажировки хакасских медиков в клиниках французского города, так и организацию видеотрансляций. Показательные операции в исполнении гренобльских хирургов их сибирские коллеги смогут увидеть в «прямом эфире» на мониторах непосредственно в своих больницах.

Как пояснила представитель Минздрава Хакасии Анна Бородина, первая группа врачей отправится на учёбу за рубеж уже в начале 2015 г., правда, её состав пока окончательно не определён. Вероятнее всего, в дебютную команду стажёров войдут представители Республиканской клинической больницы и строящегося Республиканского перинатального центра. В целом же в рамках соглашения обучение «во французской стороне» должны пройти неонатологи, гинекологи, онкологи, урологи, ортопеды и нейрохирурги.

История взаимоотношений Хакасии и Гренобля в гуманитарной сфере (высшее образование, подготовка специалистов по социальной работе, специалистов для сферы туризма) началась в 2008 г. Теперь в список взаимодействий вошло и здравоохранение. Представитель Минздрава Хакасии отметила, что медицинские учреждения Хакасии оснащены современным оборудованием, что позволит прошедшим стажировку врачам внедрить в практику всё, чему они научатся во Франции.

Без ответа остался только один вопрос: есть ли в программе предстоящего обучения за рубежом технологии, которыми не владеют в ведущих российских медицинских центрах?..

Елена БУШ.

Абакан.

Заманчивые перспективы

Средние зарплаты столичных докторов могут увеличиться в среднем до 140 тыс. руб. в ближайшие несколько лет. Однако не стоит обольщаться: получать такие суммы будут лишь те специалисты, кто в полной мере владеет всеми современными методами диагностики и лечения, а также проходит стажировки и курсы повышения квалификации на регулярной основе. Об этом сообщил вице-мэр Москвы по вопросам социального развития Леонид Печатников.

«Если сейчас средняя заработная плата врачей в медицинских учреждениях города составляет 60 тыс. руб., то к 2018 г. она может составить уже 140 тыс. и даже больше. Конечно, такое жалование будут получать только хорошие доктора, на работу которых нет нареканий от пациентов и руководства медицинских учреждений», — заявил Л.Печатников.

Чиновник также отметил, что на сегодняшний день в столице наблюдается явный избыток узких специалистов. В этот список вошли дерматологи, гинекологи, урологи и проктологи. При этом врачей, заметил вице-мэр Москвы, терапевтов и педиатров в больницах и поликлиниках не хватает.

Также он посоветовал молодым врачам идти работать терапевтами или же в ближайшем будущем устроиться на работу в медпункты московских метрополитенов, которые планируется разместить на 25 станциях столичной «подземки».

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ.

Москва.

Сообщения подготовлены корреспондентами
«Медицинской газеты» и Медицинского
информационного агентства «МГ» Cito!

Событие

Круг обсуждения
расширяется

(Окончание. Начало на стр. 1.)

Первый день форума был посвящён хирургической инфекции в абдоминальной и эстетической хирургии, ортопедии, в том числе осложнениям, возникающим при эндопротезировании крупных суставов. Заседания вчерашнего дня затронули проблемы баротерапии хирургической инфекции, диабетической стопы, глубоких микозов и хронических гнойных заболеваний, обширных ран и дефектов мягких тканей и костей у детей и взрослых,



Во время дискуссии профессор из Самары Олег Кочергаев



Конгресс открывает Валерий Кубышкин, в президиуме Леонид Рошаль (в центре) и Валерий Митиш

включая боевые и бытовые травмы, травмы после ДТП, массовых стихийных и техногенных катастроф. Сегодняшняя программа началась заседанием «Интенсивная терапия при тяжёлом течении хирургической инфекции» — это часть конференции, в которой приняли участие ведущие отечественные и зарубежные специалисты в области анестезиологии и интенсивной терапии.

Активное участие в работе конгресса приняли известные иностранные специалисты — профес-

сора Сергей Лохвицкий (Караганда, Республика Казахстан), Райнер Шнеттлер (Гиссен, Германия), Фольке Линд (Стокгольм, Швеция).

Организаторы форума представили первый номер нового научно-практического рецензируемого печатного издания — «Раны и раневые инфекции. Журнал имени проф. Б.М.Костюченко».

Альберт ХИСАМОВ,
Юрий ЛУНЬКОВ (фото),
специальные корреспонденты «МГ».

Конференции

Об инновациях говорили
в Черкесске

XI научно-практическая конференция врачей Карачаево-Черкесской Республики с международным участием «Инновационные технологии в медицине» состоялась в Черкесске. Форум проходил в стенах Медицинского института Северо-Кавказской государственной гуманитарно-технологической академии и собрал более 300 представителей медицинской общественности (практикующих врачей, учёных, организаторов здравоохранения) из России и стран ближнего зарубежья.

Открывая конференцию, ректор академии Руслан Кочкаров отметил, что 2014-2015 учебный год назван руководством этого вуза медицинским годом, что само по себе повышает и статус, и ответственность студентов — будущих медиков и их преподавателей.

После приветственных обращений организаторов форума с докладом «Об итогах развития здравоохранения Карачаево-Черкесской Республики за 2012-2014 гг.» выступила министр здравоохранения республики Ирина Гербекова. Главный вывод доклада состоит в том, что результатом совместной и эффективной работы команды, возглавляемой главой республики Р.Темрезовым, Министерства здравоохранения республики и медицинского сообщества, в здравоохранении республики стали повышение рождаемости, снижение общей и младенческой смертности, отсутствие в 2013 г. материнской смертности, снижение за 3 года смертности от заболеваний системы кровообращения на 6,9%, от новообразований на 5,5%, от туберкулёза в 2,6 раза, увеличение



В президиуме конференции

ожидаемой продолжительности жизни при рождении с 72,4 года в 2010 г. до 73,9 в 2013 г.

Также с докладами выступили профессор Р.Рзаев (Баку, Республика Азербайджан. «Оценка результатов традиционных и эндоскопических операций при удалении базально распространённых ювенильных ангиофибром носоглотки»), профессор Р.Тулбаев (Астана, Республика Казахстан. «Некоторые показатели иммунного статуса у больных острым гнойным гайморитом при традиционном лечении»), профессор А.Шукурян (Ереван, Республика Армения. «Эстетические и функциональные аспекты, показания и противопоказания ринопластики») и другие участники конференции.

В докладах выступающих также были отмечены достижения республиканской системы здравоохранения. В частности, заведующий отделом телемедицины НИИ урологии Минздрава России Игорь Шадёркин отметил положительную динамику модернизации и улучшения урологической сферы в республике. Он подчеркнул, что

в прошлом году была внедрена программа, направленная на создание межрайонных урологических центров. В Республиканской клинической больнице уже появилось оборудование, которое позволяет выполнять оперативное лечение камней почек и мочеочечников лазерным методом, то есть без разрезов.

Несколько слов о мединституте, в стенах которого и состоялся форум: с момента открытия в 2004 г. эта alma mater дала «путёвку в жизнь» 222 молодым людям (это — капля в море, но для республики с населением в 4 679 837 человек — это уже кое-что). Так что весьма символично, что конференция «Инновационные технологии в медицине» проходила именно здесь: студенты имеют хорошую возможность воочию увидеть завтрашний день российской медицины.

Рубен КАЗАРЯН,
соб. корр. «МГ».

Карачаево-Черкесская
Республика.

Фото автора.

ОМС: реальность и перспективы

Отчёт о деятельности системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации в 2013 г.

1. ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СТРУКТУРА СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

В 2013 г. в системе обязательного медицинского страхования осуществляли деятельность Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (далее – Федеральный фонд), 84 территориальных фонда обязательного медицинского страхования, включая территориальный фонд обязательного медицинского страхования Байконура.

По данным единого регистра застрахованных лиц, численность лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, по состоянию на 1 апреля 2012 г. составила 142,1 млн человек, из них: работающих – 55,8 млн человек (39,2% от общей численности застрахованных), неработающих – 86,3 млн человек (60,8%). Из общей численности застрахованных, численность лиц в трудоспособном возрасте составила 84,6 млн человек, или 59,5%, моложе трудоспособного возраста – 24,0 млн человек, или 16,9%, старше трудоспособного возраста – 33,5 млн человек, или 23,6%.

В отчётном периоде деятельность по обязательному медицинскому страхованию осуществляли 67 страховых медицинских организаций и 212 их филиалов. В последние годы отмечаются тенденции к сокращению количества страховых медицинских организаций и их укрупнению.

Страховые медицинские организации осуществляли обязательное медицинское страхование в 83 субъектах Российской Федерации и Байконура. Из общей численности застрахованных граждан на 13 наиболее крупных страховых медицинских организаций и их филиалов приходится свыше 80,1% застрахованных лиц. Крупнейшими из страховых медицинских организаций являются группа компаний «Росгосстрах» (ООО «Росгосстрах – Медицина» и ЗАО «Капитал Медицинского страхования»), ЗАО «МАКС-М», ОАО «РОСНО-МС», ОАО «СК «СОГАЗ-Мед».

В 2013 г. медицинскую помощь по территориальным программам обязательного медицинского страхования оказывали 8225 медицинских организаций, из них 407 ведомственных медицинских организаций, или 4,9% от общего числа медицинских организаций, работающих в системе обязательного медицинского страхования, 1333 медицинских организаций негосударственной формы собственности (частная форма собственности и индивидуальные предприниматели), или 16,2% от общего числа медицинских организаций сферы обязательного медицинского страхования.

В соответствии с действующим законодательством для целей обязательного медицинского страхования в территориальных органах Пенсионного фонда Российской Федерации зарегистрировано 9,8 млн страхователей для работающих граждан (из них 5,5 млн (56,1%) – юридические лица, 4,3 млн (43,9%) – индивидуальные предприниматели), в территориальных фондах обязательного медицинского страхования – 88 страхователей для неработающих граждан (из них 84 – органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, и 4 – иные организации, установленные постановлением Правительства Российской Федерации № 593 от 20.07.2011 и поставленные на учёт в соответствии с частью 7 статьи 17 Федерального закона № 326-ФЗ от 29.11.2010 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»).

2. РЕАЛИЗАЦИЯ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ПРОГРАММ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Во исполнение постановления Правительства Российской Федерации № 1074 от 22.10.2012 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 г. и на плановый период 2014 и 2015 гг.» (далее – Программа) органами государственной власти 83 субъектов Российской Федерации и Байконура разработаны и утверждены территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам



Схема 1

1. Страховые взносы на обязательное медицинское страхование работающего населения.
2. Страховые взносы на обязательное медицинское страхование неработающего населения.
3. Платежи субъектов Российской Федерации на дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования, на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой обязательного медицинского страхования.
4. Предоставление субвенций на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования.
5. Предоставление страховой медицинской организации средств в соответствии с договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.
6. Оплата медицинской помощи по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию; осуществление контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в медицинских организациях, включенных в реестр медицинских организаций.
7. Выдача полисов обязательного медицинского страхования на основании заявления застрахованного лица о выборе (замене) страховой медицинской организации.
8. Обращения за бесплатным оказанием медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования при наступлении страхового случая.

медицинской помощи на 2013 г. и на плановый период 2014 и 2015 гг. (далее – территориальные программы государственных гарантий), включающие в себя территориальные программы обязательного медицинского страхования.

Особенности реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования в 2013 г.

Впервые с 2013 г. Программа утверждается ежегодно постановлением Правительства Российской Федерации на трёхлетний период.

Программа устанавливает перечень видов, форм и условий оказываемой бесплатно медицинской помощи, перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно, категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно, средние нормативы объема медицинской помощи, средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, средние подушевые нормативы финансирования, порядок и структуру формирования тарифов на медицинскую помощь и способы её оплаты, а также требования к территориальным программам государственных гарантий в части определения порядка, условий предоставления медицинской помощи, критериев доступности и качества медицинской помощи.

В 2013 г. Программой установлен ряд новых положений, предусматривающих условия для дальнейших структурных преобразований в системе оказания медицинской помощи, в том числе по базовой программе обязательного медицинского страхования, и повышения эффективности деятельности медицинских организаций:

- 1) перераспределение объемов бесплатной медицинской помощи:
 - сокращение объемов стационарной медицинской помощи с одновременным увеличением объемов медицинской помощи

на амбулаторном этапе её оказания (поликлиники, дневные стационары);

- расширение медицинских услуг при профилактических мероприятиях, включая посещения центров здоровья, посещения в связи с диспансеризацией;

- сохранение неизменным на весь период 2013–2015 гг. норматива объема скорой медицинской помощи при увеличении объемов неотложной медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях;

- 2) установление дополнительных критериев доступности и качества медицинской помощи, обеспечивающих комплексную оценку реализации в субъектах Российской Федерации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи, включающие территориальные программы обязательного медицинского страхования, с учётом уровня:
 - доступности скорой медицинской помощи (количество вызовов в расчёте на одного жителя, соблюдение времени доезда бригады скорой медицинской помощи после вызова до 20 минут);

- профилактической работы среди детей (полнота охвата профилактическими осмотрами, показатели эффективности диспансеризации детей);
- рационального и целевого использования коечного фонда (показатели госпитализации населения, в том числе в экстренной форме, средняя длительность лечения в стационарных условиях).

В рамках реализации базовой программы обязательного медицинского страхования осуществляется финансовое обеспечение мероприятий по диспансеризации отдельных категорий граждан, применению вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения), включая лекарственное обеспечение в соответствии с законодательством Российской Федерации, а также медицинской реабилитации, осуществляемой в медицинских организациях.

Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи и средний подушевой норматив финансового

обеспечения медицинской помощи за счёт средств обязательного медицинского страхования с 2013 г. включают:

- передаваемые в бюджеты территориальных фондов обязательного медицинского страхования средства бюджета субъекта Российской Федерации на содержание медицинских организаций за счёт увеличения размера тарифа страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения;

- расходы на внедрение стандартов медицинской помощи;

- расходы на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан, диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, диспансеризации 14-летних подростков;

- расходы на диспансеризацию студентов высших учебных заведений;

- расходы на финансовое обеспечение оказания дополнительной медицинской помощи, оказываемой терапевтами участковыми, педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сёстрами участковыми, терапевтами участковых, педиатрами участковых, медицинскими сёстрами врачей общей практики (семейными врачами);

- денежные выплаты медицинскому персоналу фельдшерско-акушерских пунктов, врачам, фельдшерам и медицинским сёстрам скорой медицинской помощи;

- расходы на вспомогательные репродуктивные технологии (экстракорпоральное оплодотворение).

С 2013 г. структура тарифа на оплату медицинской помощи за счёт средств обязательного медицинского страхования включает все статьи расходов, за исключением расходов медицинских организаций на капитальный ремонт и проектно-сметную документацию для его проведения и на приобретение оборудования стоимостью свыше 100 тыс. руб. за единицу.

Финансовое обеспечение территориальных программ обязательного медицинского страхования

В результате перехода к уплате страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения по тарифу, установленному Федеральным законом № 354-ФЗ от 30.11.2011 «О размере и порядке расчёта тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения», в 2013 г. объём поступления страховых взносов в бюджет Федерального фонда увеличился на 29,1% в сравнении с уровнем 2012 г. и составил 385,8 млрд руб. Значительное увеличение указанных страховых взносов обеспечено в Забайкальском крае – в 3,3 раза, Республике Ингушетия – в 2,7 раза, Республике Марий Эл и Курганской области – в 2,1 раза, Республике Дагестан и Архангельской области – в 1,9 раза, Республике Алтай, Астраханской и Иркутской областях – в 1,8 раза, Республике Калмыкия, Ивановской и Костромской областях – в 1,7 раза, Республике Северная Осетия – Алания, Курской и Омской областях – в 1,6 раза.

С 2013 г. размер субвенций, предоставляемых из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования, утверждённой постановлением Правительства Российской Федерации № 462 от 05.05.2012.

В соответствии с указанной методикой объём субвенций, предоставляемых бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования, определяется исходя из численности застрахованных лиц, норматива финансового обеспечения базовой

вой программы обязательного медицинского страхования, установленного в Программе, и коэффициента дифференциации, рассчитываемого для каждого субъекта Российской Федерации в целях учёта региональных особенностей субъектов Российской Федерации.

Субвенции Федерального фонда, размер которых составил 1 025,4 млрд руб. (84,5% от утвержденной стоимости территориальных программ обязательного медицинского страхования – 1 214,1 млрд руб.), являлись основным источником финансового обеспечения выполнения территориальных программ обязательного медицинского страхования в 2013 г.

В среднем по Российской Федерации в 2013 г. размер финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования на 1 застрахованное лицо за счёт субвенций, передаваемых из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования, составил 7 216,5 руб., что на 2 679,1 руб. (59%) больше, чем в 2012 г. (4 537,4 руб.).

Кроме того, источниками финансового обеспечения выполнения территориальных программ обязательного медицинского страхования в 2013 г. явились платежи субъектов Российской Федерации, передаваемые территориальным фондам обязательного медицинского страхования на дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования, на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой обязательного медицинского страхования, а также прочие поступления.

Впервые с 2013 г. территориальные программы обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования являются сбалансированными.

Утверждённая стоимость территориальных программ обязательного медицинского страхования в целом по Российской Федерации в 2013 г. составила 1 214 133,4 млн руб. и на 57,8% превысила утверждённую стоимость на 2012 г. (769 234,5 млн руб.). Доля средств обязательного медицинского страхования в структуре территориальных программ государственных гарантий в целом по Российской Федерации также увеличилась в сравнении с показателем 2012 г. (55,6%) и составила 71,0%.

Уровень исполнения территориальных программ обязательного медицинского страхования в целом по Российской Федерации в 2013 г. составил 96,2% от их утверждённой стоимости. В 20 субъектах Российской Федерации указанный показатель составил менее 90%, при этом наименьшее исполнение выявлено в Республике Адыгея (82,3%), Байконуре (82,4%), республиках Ингушетия (82,7%) и Тыва (83,5%).

Фактические расходы на реализацию территориальных программ обязательного медицинского страхования и содержание медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования составили 1 235 660,87 млн руб. (на 42,1% выше аналогичного показателя 2012 г. – 869 560,79 млн руб.), из них расходы средств:

обязательного медицинского страхования (включая затраты на содержание административно-управленческого аппарата территориальных фондов обязательного медицинского страхования и на ведение дела страховыми медицинскими организациями) – 1 167 867,12 млн руб., или на 60,8% больше аналогичных расходов 2012 г. (726 359,52 млн руб.);

консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации на содержание медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования – 67 793,75 млн руб., или в 2 раза ниже аналогичного показателя 2012 г. (143 201,27 млн руб.), в том числе средств местных бюджетов на данные цели – 5 353,07 млн руб., что на 74,7% ниже показателя 2012 г. (21 178,11 млн руб.). Значительное уменьшение в 2013 г. расходов консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации на содержание медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования связано с переходом на преимущественно одноканальное финансирование медицинской помощи за счёт средств обязательного медицинского страхования.

В 2013 г. фактические расходы средств обязательного медицинского страхования на реализацию территориальных программ обязательного медицинского страхования (с учётом средств на содержание административно-управленческого аппарата территориальных фондов обязательного медицинского страхования и ведение дела страховыми медицинскими организациями) на

1 застрахованное лицо составили 8 219,0 руб., без учёта влияния коэффициентов дифференциации – 7 044,7 руб., что на 10,1% превышает установленный Программой подушевой норматив финансирования, учитывающий финансовое обеспечение скорой медицинской помощи (6 399,0 руб.).

Фактические расходы средств обязательного медицинского страхования на реализацию территориальных программ обязательного медицинского страхования на 1 застрахованное лицо в 34 субъектах Российской Федерации не достигли величины установленного Программой норматива, учитывающего финансирование скорой медицинской помощи. Наименьший уровень указанных расходов отмечен в республиках Ингушетия (84,4% от установленного Программой норматива), Северная Осетия – Алания (89,8%), Тыва (89,9%) и Алтай (91,4%); наибольший – в Ханты-Мансийском (182,3%), Чукотском (180,1%) и Ямало-Ненецком (171,5%) автономных округах.

Финансовое обеспечение скорой медицинской помощи

В 2013 г. финансовое обеспечение скорой медицинской помощи (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи осуществлялось за счёт межбюджетных трансфертов, передаваемых из бюджетов субъектов Российской Федерации в бюджеты территориальных фондов в объеме не менее фактических расходов консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации на указанные цели в предыдущем году. Расходы на скорую медицинскую помощь составили 86 081,3 млн руб.

Средняя стоимость 1 вызова (без учета влияния коэффициентов дифференциации) составила 1 793,1 руб. (124,9% от установленного Программой норматива – 1 435,6 руб.). Финансовое обеспечение 1 вызова скорой медицинской помощи сложилось выше установленного Программой норматива в 44 субъектах Российской Федерации, в том числе в Москве (305,2% от установленного Программой), Ямало-Ненецком автономном округе (278,5%) и в Республике Северная Осетия – Алания (245,8%).

При этом фактическая стоимость 1 вызова не достигла утверждённого территориального норматива в 40 субъектах Российской Федерации: неисполнение составило от 40,1% в Республике Саха (Якутия) до 0,3% в Челябинской области.

Финансовое обеспечение амбулаторной медицинской помощи

В целом расходы на амбулаторную медицинскую помощь в рамках территориальных программ обязательного медицинского страхования составили 422 409,8 млн руб., что выше показателя 2012 г. (263 113,73 млн руб.) на 60,5%, в том числе: расходы на медицинскую помощь с профилактической целью – 137 973,1 млн руб. (32,7% расходов на амбулаторную медицинскую помощь), в неотложной форме – 11 415,2 млн руб. (2,7%), в связи с заболеваниями – 273 021,5 млн руб. (64,6%).

Средняя стоимость 1 посещения с профилактической целью (без учета влияния коэффициентов дифференциации) составила 296,7 руб. (111,4% от установленного Программой норматива – 266,3 руб.).

В 60 субъектах Российской Федерации стоимость посещения с профилактической целью (без учета коэффициентов дифференциации) соответствовала или превышала установленный Программой норматив, в том числе в 11 регионах указанное превышение составило более 30%.

Наибольшая фактическая стоимость 1 посещения с профилактической целью (без учёта коэффициентов дифференциации) отмечена в Ямало-Ненецком автономном округе – 547,1 руб. (на 105,4% выше установленного Программой норматива), С.-Петербурга – 543,9 руб. (на 104,2%), в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре – 502,0 руб. (на 88,5%), наименьшая – в Еврейской автономной области – 172,7 руб. (64,9%), Республике Дагестан – 177,6 руб. (66,7%) и Республике Алтай – 188,6 руб. (70,8%).

В среднем по Российской Федерации утверждённые территориальные нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи с профилактической целью исполнены на 96,1%. Фактическая стоимость 1 посещения превысила утверждённую в 33 субъектах Российской Федерации: диапазон указанного превышения составил от 93,5% в Ненецком автономном округе до 0,1% в Ростовской области. Наименьший показатель сложился в Тюменской области (37,2% от утверждённого территориального норматива), Республике Дагестан (42,7%) и в Республике Тыва (60,3%).

Средняя стоимость 1 посещения в неотложной форме (без учета влияния коэффициентов дифференциации) составила 404,1

руб. (118,5% от установленного Программой норматива – 340,9 руб.).

В 36 субъектах Российской Федерации фактическая стоимость указанной единицы объема медицинской помощи сложилась ниже установленного Программой норматива. Наименьшая стоимость 1 посещения в неотложной форме отмечена в Республике Хакасия – 191,6 руб. (56,2% от установленного Программой норматива), Саратовской области – 216,6 руб. (63,5%) и в Еврейской автономной области – 225,5 руб. (66,1%), наибольшая – в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре 1 239,6 руб. (363,6%), Москве – 1085,6 руб. (318,5%) и в Новосибирской области – 905,4 руб. (265,6%).

Средняя стоимость 1 обращения в связи с заболеванием (без учета влияния коэффициентов дифференциации) составила 760,7 руб. (98,5% от установленного Программой норматива – 772,3 руб.).

В 46 субъектах Российской Федерации фактическая стоимость указанной единицы объема медицинской помощи сложилась ниже установленного Программой норматива. Наименьшая стоимость 1 обращения в связи с заболеванием отмечена в Карачаево-Черкесской Республике – 361,3 руб. (46,8% от установленного Программой норматива), Республике Алтай – 459,4 руб. (59,5%) и в Новгородской области – 516,3 руб. (66,9%), наибольшая – в Самарской области – 1 223,4 руб. (158,4%), Ненецком автономном округе – 1 213,3 руб. (157,1%) и в С.-Петербурге – 1 089,3 руб. (141,0%).

Фактическая стоимость 1 обращения в связи с заболеванием в среднем по Российской Федерации не достигла утверждённого показателя на 8,2%. В 66 субъектах Российской Федерации фактическая стоимость сложилась ниже утверждённой. Наименьшее исполнение утверждённой стоимости отмечено в Ямало-Ненецком автономном округе (51,0%), Удмуртской Республике (59,5%), Ивановской области (60,6%). Наибольшее превышение фактического показателя над утверждённым территориальным нормативом отмечено в республиках Дагестан (388,7%) и Саха (Якутия) (138,2%), а также в Магаданской области (126,9%).

Финансовое обеспечение медицинской помощи в стационарных условиях

Расходы на медицинскую помощь в стационарных условиях сложились на уровне 591 473,6 млн руб., что выше показателя 2012 г. (407 200,94 млн руб.) на 45,3%. Средняя стоимость 1 случая лечения в стационаре составила 18 646,7 руб., что превышает уровень 2012 г. (14 936,1 руб.) на 24,8%.

Средняя стоимость 1 койко-дня (без учета влияния коэффициентов дифференциации) составила 1 856,2 руб. (105,7% от установленного Программой норматива – 1 756,2 руб.), что выше показателя 2012 г. (1 249,3 руб.) на 48,6%. Фактическая стоимость 1 койко-дня (без учета коэффициентов дифференциации) сложилась ниже установленного Программой норматива в 44 субъектах Российской Федерации, в том числе в Республике Тыва – 1 208,0 руб. (68,8% от установленного норматива), в Карачаево-Черкесской Республике – 1 222,3 руб. (69,6%), в Алтайском крае – 1 301,0 руб. (74,1%). Наиболее высокая стоимость 1 койко-дня отмечена в Москве – 3 158,2 руб. (на 79,8% выше установленного Программой норматива), Ханты-Мансийском автономном округе – 2 891,3 руб. (на 64,6%) и в Ямало-Ненецком автономном округе – 2 820,9 руб. (на 60,6%).

Фактическая стоимость 1 койко-дня не достигла утверждённых территориальных нормативов в 65 субъектах Российской Федерации, и в среднем по Российской Федерации исполнение утверждённого показателя составило 96,6%. Наименьшая фактическая стоимость указанной единицы объема медицинской помощи сложилась в Республике Северная Осетия – Алания (73,3% от утверждённого территориального норматива), Республике Дагестан (75,7%) и в Карачаево-Черкесской Республике (77,8%), наибольшая – в Москве (превышение утверждённого территориального норматива на 37,2%), Забайкальском крае (на 23,4%) и в Кабардино-Балкарской Республике (на 22,5%).

Финансовое обеспечение медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров

Расходы на медицинскую помощь, оказанную в условиях дневных стационаров, составили 40 554,8 млн руб., что выше показателя 2012 г. (26 913,0 руб.) на 50,7%. Средняя стоимость лечения 1 больного сложилась на уровне 4 963,1 руб.

Средняя стоимость 1 пациенто-дня (без учета влияния коэффициентов дифференциации) составила 499,3 руб. (87,6% от установленного Программой норматива – 570 руб.), что выше показателя 2012 г. (352,2

руб.) на 41,8%. Финансовое обеспечение 1 пациенто-дня в дневных стационарах сложилось ниже установленного Программой норматива в 61 субъекте Российской Федерации, в том числе в Еврейской автономной области (33,0% от установленного Программой), Республике Саха (Якутия) (48,7%) и в Кабардино-Балкарской Республике (52,8%). При этом фактическая стоимость 1 пациенто-дня не достигла утверждённого территориального норматива в 80 субъектах Российской Федерации: его неисполнение составило от 62,1% в Москве до 1,5% в Кировской области.

Реализация территориальных программ обязательного медицинского страхования по видам и условиям оказания медицинской помощи

В среднем по Российской Федерации в рамках реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования фактические объёмы медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях с профилактической целью и в связи с заболеванием, а также в стационарных условиях, превысили установленные Программой нормативы. Объёмы скорой медицинской помощи, медицинской помощи в амбулаторных условиях в неотложной форме и медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров, сложились ниже установленных Программой нормативов.

Исполнение объёмов скорой медицинской помощи

Утверждённый территориальный норматив объёма скорой медицинской помощи по территориальным программам обязательного медицинского страхования составил в целом по Российской Федерации 0,304 вызова в расчете на 1 застрахованное лицо в год, или 95,6% к установленному Программой нормативу (0,318 вызова). Фактический показатель сложился на уровне 0,290 вызова (91,2% к установленному Программой и 95,4% к утверждённому территориальному нормативу).

В разрезе субъектов Российской Федерации отклонение фактического показателя от норматива скорой медицинской помощи, установленного Программой, составило от 0,132 вызова на 1 застрахованное лицо в Республике Северная Осетия – Алания до 0,429 вызова в Еврейской автономной области. В 62 субъектах Российской Федерации фактические показатели объёма скорой медицинской помощи сложились ниже установленного Программой норматива, а также не достигли утверждённых территориальных нормативов. Наименьшие объёмы скорой медицинской помощи отмечены в Республике Северная Осетия – Алания (41,4% от установленного Программой норматива), Омской области (58,9%), Чувашской Республике (59,7%); наибольшее превышение фактического показателя к установленному Программой отмечено в Еврейской автономной области (на 35,0%), Оренбургской (на 24,1%) и Калининградской (на 17,9%) областях.

Исполнение объёмов медицинской помощи в амбулаторных условиях

Утверждённый показатель объёма медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактической целью (включая посещения центров здоровья, посещения в связи с диспансеризацией и посещения среднего медицинского персонала), составил в целом по Российской Федерации 2,34 посещения в расчете на 1 застрахованное лицо в год, или 114,7% к нормативу, установленному Программой (2,04 посещения). Фактический показатель сложился на уровне 2,805 посещения (137,5% к установленному Программой и 119,9% к утверждённому значению показателя).

В 64 субъектах Российской Федерации фактические показатели объёма медицинской помощи с профилактической целью выше или соответствуют установленному Программой показателю. Наибольшее превышение (в 3 раза) указанных фактических объёмов медицинской помощи над установленным Программой нормативом отмечено в Карачаево-Черкесской Республике, Костромской и Калининградской областях. Наименьшие фактические показатели объёмов медицинской помощи с профилактической целью сложились в Чеченской Республике (34,8% от установленного Программой норматива), Вологодской области (67,6%) и Республике Тыва (73,1%). При этом в 27 субъектах Российской Федерации значения фактических показателей не достигли утверждённых территориальных нормативов; наибольшее невыполнение объёмов указанного вида медицинской помощи отмечено в Чеченской Республике (на 49,3% ниже

(Продолжение. Начало на стр. 4.)

утвержденного территориального норматива), Вологодской (на 32,4%) и Калужской (на 19,5%) областях.

Утвержденный показатель объема медицинской помощи в амбулаторных условиях в неотложной форме составил в целом по Российской Федерации 0,326 посещения в расчете на 1 застрахованное лицо в год, или 90,6% к среднему нормативу, установленному Программой (0,36 посещения). Фактический показатель сложился на уровне 0,17 посещения (47,2% к установленному Программой и 52,1% к утвержденному значению показателя).

В 4 субъектах Российской Федерации медицинская помощь в неотложной форме не оказывалась (Республика Дагестан, Алтайский край, Ненецкий и Ямало-Ненецкий автономные округа). В 73 субъектах Российской Федерации указанные фактические показатели сложились ниже установленного Программой норматива и не достигли утвержденных нормативов. Наименьшие фактические объемы медицинской помощи в неотложной форме отмечены в Удмуртской Республике (1,0% от установленного Программой норматива), Калининградской области (1,2%), Байконуре (2,9%); наибольшие показатели – в республиках Татарстан (173,3%) и Коми (128,4%), а также в Томской области (121,1%).

Утвержденный показатель объема медицинской помощи в амбулаторных условиях в связи с заболеванием составил в целом по Российской Федерации 2,075 обращений в расчете на 1 застрахованное лицо в год, или 109,2% к среднему нормативу, установленному Программой (1,9 обращения). Фактический показатель сложился на уровне 2,165 обращения (113,9% к установленному Программой и 104,3% к утвержденному значению показателя).

В разрезе субъектов Российской Федерации диапазон отклонений фактического показателя от установленного Программой среднего норматива объемов медицинской помощи в амбулаторных условиях в связи с заболеванием составил от 0,758 обращения на 1 застрахованное лицо в Калининградской области до 3,989 обращения в Москве. В 45 субъектах Российской Федерации фактические показатели объема медицинской помощи в связи с заболеванием сложились выше установленного Программой норматива. При этом утвержденные нормативы объема медицинской помощи не выполнены в 46 субъектах Российской Федерации.

Исполнение объемов медицинской помощи в стационарных условиях

Утвержденный показатель объема медицинской помощи в стационарных условиях составил в целом по Российской Федерации 1,921 койко-дня в расчете на 1 застрахованное лицо в год, или 110,4% к показателю, установленному Программой (1,74 койко-дня). Фактический показатель сложился на уровне 1,922 койко-дня (110,5% к установленному и 100,1% к утвержденному значению показателя). В сравнении с 2012 г. фактические объемы стационарной медицинской помощи уменьшились на 3,9%.

При общем сокращении объемов стационарной помощи в среднем по Российской Федерации в 79 субъектах Российской Федерации фактические показатели превысили установленный Программой норматив. Наиболее высокие показатели отмечены в Чукотском автономном округе – 210,1%

ОМС: реальность и перспективы

Отчёт о деятельности системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации в 2013 г.

к установленному Программой нормативу, Республике Саха (Якутия) – 156,6% и Республике Тыва – 155,2%, что обусловлено климатогеографическими особенностями указанных регионов, недостаточным развитием их дорожной инфраструктуры, а также низкой плотностью населения регионов. Наименьшие объемы сложились в Москве (74,0% от установленного Программой), Ненецком автономном округе (80,1%) и С.-Петербурге (86,5%).

Фактические показатели объема стационарной медицинской помощи в 45 субъектах Российской Федерации перевыполнены по отношению к утвержденным территориальным нормативам. Наибольшее превышение отмечено в Республике Дагестан (на 48% выше утвержденного показателя) и Чукотском автономном округе (на 45,1%).

Средняя длительность пребывания одного больного в стационаре составила 10,0 дней и по сравнению с 2012 г. (10,35 дня) сократилась на 3,5%. Наименьшая длительность лечения отмечена в Республике Алтай (8,2 дня), Байконуре (8,3 дня), Краснодарском крае (8,5 дня); наибольшая – в Чукотском автономном округе (17,2 дня) и Калининградской области (13,3 дня).

Исполнение объемов медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров

Утвержденный показатель объема медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров, составил в целом по Российской Федерации 0,542 пациенто-дня в расчете на 1 застрахованное лицо в год, что превысило показатель, установленный Программой (0,52 пациенто-дня), на 4,2%. Фактический показатель сложился на уровне 0,49 пациенто-дня (94,2% к установленному Программой и 90,4% к утвержденному значению показателя).

В 48 субъектах Российской Федерации фактический показатель соответствовал или сложился выше установленного Программой. Наибольшее превышение отмечено в Республике Мордовия (на 58,1%), Еврейской автономной области (на 47,1%) и Брянской области (на 42,1%). В 6 субъектах Российской Федерации фактический показатель сложился ниже установленного Программой более чем на 50%: в Республике Ингушетия (13,8% от установленного Программой норматива), Чукотском автономном округе (15,1%), Москве (26,0%), Чеченской Республике (29,8%), Республике Дагестан (41,2%), Ненецком автономном округе (36,4%). Кроме того, в перечисленных регионах также выявлено значительное невыполнение утвержденных территориальных нормативов.

Фактические показатели объема медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров, превысили утвержденные в 25 субъектах Российской Федерации, в том числе в Красноярском крае (на 28,1%), Амурской области (на 20,8%) и в С.-Петербурге (на 18,3%).

Схема 2

Реализация профилактических мероприятий в 2006–2013 гг.



Диаграмма 1



3. ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ И РЕАЛИЗАЦИЯ ОТДЕЛЬНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ И МЕРОПРИЯТИЙ

Диспансеризация и медицинские осмотры отдельных категорий граждан

С 2013 г. финансирование профилактических мероприятий, в том числе диспансеризация работающих граждан и диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, осуществлялось за счет средств обязательного медицинского страхования в рамках реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

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 г. расширился список профилактических направлений и увеличилось количество и охват застрахованных граждан, подлежащих профилактическим мероприятиям (схема 2).

Так, с 2013 г. в соответствии с Программой в рамках реализации базовой программы обязательного медицинского страхования за счет средств обязательного медицинского страхования осуществлялось финансовое

обеспечение следующих профилактических мероприятий:

- диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;
- диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), 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.

Численность отдельных категорий граждан, прошедших диспансеризацию и медицинские осмотры в 2013 г., составила 32 151 741 человек, из них: 22 088 218 человек – взрослое население в возрасте от 18 до 99 лет (68,7% от общего количества) и 10 063 523 детей (31,3%) (диаграмма 1).

Диспансеризация и медицинские осмотры взрослого населения

Диспансеризация определенных групп взрослого населения

Порядок проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения утвержден приказом Министерства здра-

Таблица 1

Сведения о результатах проведения диспансеризации и медицинских осмотров в 2013 г.

Показатель	Численность лиц, подлежащих диспансеризации, медицинским осмотрам в 2013 г., человек	Численность лиц, прошедших диспансеризацию, медицинские осмотры, человек	% выполнения
Диспансеризация определенных групп взрослого населения	22 704 423	17 939 073	79,0
Профилактические медицинские осмотры взрослого населения	8 653 953	4 149 145	47,9
Профилактические осмотры несовершеннолетних	12 935 953	8 987 019	69,5
Диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации	288 867	294 613	102,0
Диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью	280 113	251 751	89,9

воохранения Российской Федерации от № 1006н 03.12.2012 «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения».

В 2013 г. диспансеризации подлежали 22 704 423 человека, что составляет 20,3% от численности застрахованных лиц, прикрепленных к медицинским организациям, проводящим диспансеризацию, из них прошли диспансеризацию 17 939 073 человека (79,0% от запланированной субъектами Российской Федерации численности).

Медицинскими организациями предъявлено к оплате законченных случаев на сумму 23 818 977,86 тыс. руб., оплачено с учетом результатов проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи на сумму 21 866 544,10 тыс. руб..

В 6 субъектах Российской Федерации план проведения диспансеризации исполнен на 100% и более: в Республике Калмыкия (100,8%), Алтайском крае (102,6%), Кемеровской области (102,5%), Пензенской области (100,0%), Томской области (108,0%), Москве (115,0%).

Неисполнение плановых показателей отмечено в 77 субъектах Российской Федерации. План проведения диспансеризации исполнен на 30% и менее в 5 субъектах Российской Федерации: в Республике Карелия (26,2%), Камчатском крае (15,8%), Магаданской области (31,5%), Псковской области (34,7%) и Ненецком автономном округе (3,1%). В Байконуре диспансеризация взрослого населения в 2013 г. не проводилась.

Профилактические медицинские осмотры взрослого населения

Порядок проведения профилактических медицинских осмотров взрослого населения утвержден приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 1011н от 06.12.2012.

В 2013 г. профилактическим медицинским осмотрам в Российской Федерации подлежало 8 653 953 человека, к оплате предъявлено 4 149 145 законченных случаев (47,9% от запланированного показателя) на общую сумму 1 960 735,23 тыс. руб., из них оплачено медицинским организациям 1 882 905,70 тыс. руб.

В 16 субъектах Российской Федерации план проведения профилактических медицинских осмотров взрослого населения исполнен на 100% и более. Наибольшие показатели достигнуты в Волгоградской области – 114,4%, Ленинградской области – 104,7%, Томской области – 118,3%, Тульской области – 116,9%, Москве – 148,5%.

Неисполнение плановых показателей отмечено в 62 субъектах Российской Федерации. План проведения диспансеризации исполнен на 10% и менее в 4 субъектах Российской Федерации: в Республике Северная Осетия – Алания – 7,9%, Калужской области – 7,2%, Мурманской области – 1,1%, Псковской области – 0,5%.

В 6 субъектах Российской Федерации в 2013 г. профилактические медицинские осмотры взрослого населения не проводились (республики Карелия, Татарстан, Вологодская область, Омская область, Ненецкий автономный округ, Байконур).

Диспансеризация и медицинские осмотры детского населения

Медицинские осмотры несовершеннолетних

Медицинские осмотры несовершеннолетних проводятся в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 1346н от 21.12.2012 «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них», предусматривающим 3 вида осмотров несовершеннолетних:

- профилактические осмотры;
- предварительные осмотры;
- периодические осмотры.

В 2013 г. по Российской Федерации профилактическим осмотрам несовершеннолетних подлежало 12 935 953 человека (таблица 6). Оплачено медицинским организациям за проведенные профилактические осмотры 7 191 291,40 тыс. руб. (8 438 426 законченных случаев).

В 16 субъектах Российской Федерации план проведения профилактических осмотров исполнен на 100% и более. Наибольшие показатели достигнуты в Архангельской области (предъявлено к оплате и оплачено 124,8%), Иркутской области (предъявлено к оплате и оплачено 129,0%), Калининградской области (предъявлено к оплате и оплачено 115,1%), Липецкой области (предъявлено к оплате 160,4%, оплачено 122,9%) и Ниже-

городской области (предъявлено к оплате 162,7%, оплачено 141,9%).

Неисполнение плановых показателей выявлено в 67 субъектах Российской Федерации. При этом в 5 субъектах Российской Федерации план проведения диспансеризации исполнен менее 15%, в том числе в Республике Татарстан (12,2%), Забайкальском крае (5,8%), Приморском крае (14,3%), Владимирской области (7,7%) и Новгородской области (14,8%).

В Ненецком автономном округе в 2013 г. профилактические осмотры не проводились.

В 2013 г. медицинским организациям оплачено 503 396 законченных случаев предварительных медицинских осмотров на сумму 704 123,10 тыс. руб.

Периодическим медицинским осмотрам несовершеннолетних подлежало 6 585 346 человек. Медицинским организациям оплачено 1 265 683,90 тыс. руб.. В республиках Карелия, Ингушетия, Северная Осетия – Алания, Мордовия, Татарстан, Камчатском крае, во Владимирской, Ярославской областях, Еврейской автономной области, Ненецком автономном округе, С.-Петербурге в 2013 г. периодические осмотры несовершеннолетних не проводились.

Диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации

Порядок проведения в 2013 г. диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, установлен приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 72н от 15.02.2013 «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации».

В 2013 г. диспансеризации по Российской Федерации подлежало 288 867 детей.

Количество медицинских организаций, проводящих диспансеризацию, составило 1695.

Оплачено медицинским организациям за проведенную в 2013 г. диспансеризацию 903 634,30 тыс. руб. (288 818 законченных случаев).

В 51 субъекте Российской Федерации план проведения диспансеризации исполнен на 100% и более. Наибольшие показатели достигнуты в Удмуртской Республике (104,3%), Чеченской Республике (105,0%), Чувашской Республике (104,8%), Хабаровском крае (105,4%), Архангельской области (107,4%) и в Москве (107,3%).

План проведения диспансеризации исполнен менее 100%, в том числе в республиках Калмыкия (91,9%), Тыва (93,2%), Камчатском крае (87,0%), Оренбургской области (81,9%), Чукотском автономном округе (90,5%). В Байконуре диспансеризация детей-сирот в 2013 г. не проводилась. Неисполнение плановых показателей в 32 субъектах Российской Федерации обусловлено успешным внедрением программ по усыновлению, опеке и патронату детей-сирот.

Диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновлённых (удочерённых), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью

В 2013 г. диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновлённых (удочерённых), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью (приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 216н от 11.04.2013 «Об утверждении порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновлённых (удочерённых), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью») в целом по Российской Федерации подлежало 280 113 человек.

Оплачено медицинским организациям за

проведённую диспансеризацию 756 570,50 тыс. руб. (237 890 законченных случаев, что составило 84,9%).

В 19 субъектах Российской Федерации план проведения диспансеризации исполнен. Наибольшие показатели достигнуты в Хабаровском крае (118,9%), Волгоградской (101,1%), Иркутской (101,1%), Московской (100,9%), Самарской (107,1%), Ульяновской (103,2%).

Неисполнение плановых показателей отмечено в 62 субъектах Российской Федерации. В 4 субъектах Российской Федерации уровень исполнения плана проведения диспансеризации составил менее 50%: Камчатском крае (21,9%), Кировской области (21,0%), Мурманской области (23,1%), Байконуре (16,1%).

В 3 субъектах Российской Федерации диспансеризация указанной категории детей в 2013 г. не проводилась (Республика Северная Осетия – Алания, Чеченская Республика, Москва).

Неисполнение плановых показателей диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновлённых (удочерённых), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, обусловлено отказами родителей от проведения диспансеризации для обеспечения сохранения тайны усыновления ребёнка.

Медицинская помощь женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде, а также диспансерное (профилактическое) наблюдение ребёнка в течение первого года жизни

В 2013 г. в соответствии с Федеральным законом № 217-ФЗ от 03.12.2012 «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2013 г. и на плановый период 2014 и 2015 гг.» (далее – Федеральный закон № 217-ФЗ) предусмотрены межбюджетные трансферты, передаваемые бюджету Фонда социального страхования Российской Федерации на оплату медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде, а также диспансерного наблюдения ребёнка в течение первого года жизни.

В бюджет Фонда социального страхования Российской Федерации было направлено 17 792 200,3 тыс. руб. (93,5% от утверждённого объема средств) (диаграмма 2).

Указанные средства направлялись медицинскими организациями, оказывающими амбулаторно-поликлиническую помощь женщинам в период беременности, и медицинскими организациями, оказывающими стационарную помощь женщинам и новорожденным в период родов и послеродового периода, на приобретение медицинского оборудования, инструментария, мягкого инвентаря, изделий медицинского назначения, медикаментов и дополнительного питания для беременных и кормящих женщин.

Вышеуказанные мероприятия позволили укрепить материально-техническую базу женских консультаций и родильных домов в целях улучшения качества оказания медицинских услуг женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде.

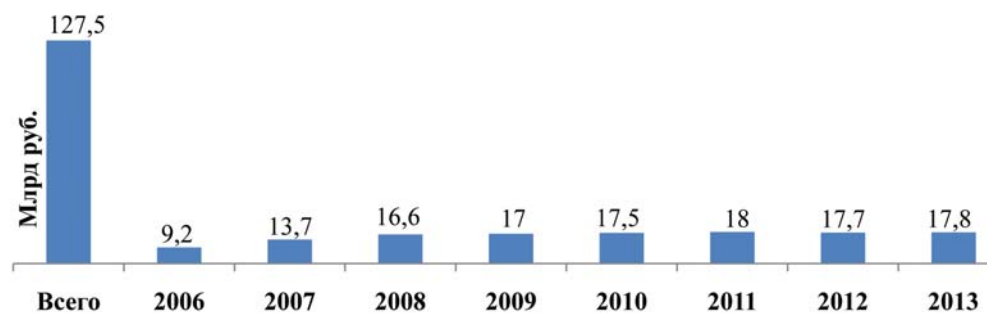
Единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам в сельских населённых пунктах и рабочих поселках

В 2013 г. в соответствии с Федеральным законом № 217-ФЗ от 03.12.2012 «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2013 г. и на плановый период 2014 и 2015 гг.» осуществлялось финансовое обеспечение единовременных компенсационных выплат медицинским работникам, предусмотренных частью 121 статьи 51 Федерального закона № 326-ФЗ от 29.11.2010 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

В 2013 г. единовременные компенсационные выплаты осуществлялись медицинским работникам в возрасте до 35 лет, прибывшим

Диаграмма 2

Объёмы финансовых средств, направленных на оплату родовых сертификатов в период 2006–2013 гг.



в 2013 г. после окончания образовательного учреждения высшего профессионального образования на работу в сельский населённый пункт либо рабочий поселок или переехавшим на работу в сельский населённый пункт либо рабочий поселок из другого населённого пункта.

Финансовое обеспечение единовременных компенсационных выплат медицинским работникам в 2013 г. осуществлялось в равных долях за счёт иных межбюджетных трансфертов, предоставляемых бюджету территориального фонда обязательного медицинского страхования из бюджета Федерального фонда, и средств бюджетов субъектов Российской Федерации.

Согласно распоряжению Правительства Российской Федерации № 2068-р от 08.11.2013 «О распределении иных межбюджетных трансфертов из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования в целях осуществления единовременных компенсационных выплат медицинским работникам в 2013 г.» утверждённый размер иных межбюджетных трансфертов с учетом резерва Федерального фонда составил 2 861 500 тыс. руб.

В 2013 г. из бюджета Федерального фонда на осуществление единовременных компенсационных выплат медицинским работникам направлено 2 128 906,6 тыс. руб. (74,4% от утвержденного объёма средств), что позволило привлечь на работу в сельские населённые пункты и рабочие поселки 4 253 медицинских работника (таблица 7 приложения). Высокий уровень реализации указанных мероприятий отмечен в Краснодарском крае (349 медицинских работников, 174 500 тыс. руб.), Республике Башкортостан (272 медицинских работника, 136 059 тыс. руб.), Ставропольском крае (158 медицинских работников, 79 000 тыс. руб.), Республике Дагестан (152 медицинских работника, 76 000 тыс. руб.), Алтайском крае (137 медицинских работников, 68 510 тыс. руб.), Московской области (117 медицинских работников, 58 500 тыс. руб.), Тюменской области (117 медицинских работников, 58 545 тыс. руб.), Воронежской области (114 медицинских работников, 57 000 тыс. руб.), Республике Бурятия (102 медицинских работника, 51 000 тыс. руб.) и Ростовской области (100 медицинских работников, 50 000 тыс. руб.).

4. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ФЕДЕРАЛЬНОГО И ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ФОНДОВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

В 2013 г. деятельность Федерального фонда осуществлялась в соответствии с его уставными функциями и полномочиями, предусмотренными Федеральным законом № 326-ФЗ от 29.11.2010 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», а также положениями Федерального закона № 217-ФЗ от 03.12.2012 «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2013 г. на плановый период 2014 и 2015 г.».

Доходы бюджета Федерального фонда на 2013 г. утверждены в сумме 1 059 251,5 млн руб., расходы – 1 059 251,5 млн руб., в том числе межбюджетные трансферты, предоставляемые бюджету Фонда социального страхования Российской Федерации, – 19 030,0 млн руб.

Бюджет Федерального фонда за 2013 г. исполнен по доходам в сумме 1 101 351,4 млн руб. (103,98% утвержденного объёма).

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

Обеспечение финансовой устойчивости обязательного медицинского страхования – одно из основных направлений деятельности Федерального фонда – предусматривает, прежде всего, достижение сбалансированности территориальных программ обязательного медицинского страхования за счёт 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 г. из бюджета Федерального фонда в бюджеты территориальных фондов обязательного медицинского страхования направлено 1 025 412,8 млн руб., в том числе 40 000,0 млн руб. за счёт средств нормированного страхового запаса.

(Продолжение на стр. 8–9.)

(Продолжение. Начало на стр. 4.)

В 2013 г. 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 руб., что позволило привлечь на работу в сельские населенные пункты и рабочие поселки 4253 медицинских работника.

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

В соответствии со статьей 50 Федерального закона № 326-ФЗ от 29.11.2010 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в 2013 г. завершены мероприятия региональных программ модернизации здравоохранения на 2011–2013 г. (далее – программы модернизации здравоохранения), реализуемые с 2011 г. во всех регионах, а также мероприятия по модернизации государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь.

В рамках мероприятий по организации защиты прав и законных интересов застрахованных в сфере обязательного медицинского страхования Федеральным фондом рассмотрено 1174 письменных обращения граждан из 72 субъектов Российской Федерации, а также более 600 устных обращений граждан. При этом в 2013 г. отмечено снижение количества обоснованных жалоб на 19,2% в сравнении с уровнем 2012 г., 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 г. 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 правоохранительные органы направлена информация о результатах 20 проверок.

Основным направлением работы Федерального фонда по осуществлению правовой деятельности в 2013 г. являлось обеспечение выполнения Федерального закона № 326-ФЗ от 29.11.2010 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», а также совершенствование нормативно-правового регулирования обязательного медицинского страхования.

В целях реализации указанного направления Федеральным фондом принято участие в подготовке 9 проектов федеральных законов, принято участие в подготовке 10 проектов актов Правительства Российской Федерации, издано 25 приказов, зарегистрированных в Министерстве юстиции Российской Федерации.

Информатизация в сфере обязательного медицинского страхования в 2013 г. осуществлялась в соответствии с Концепцией информатизации системы обязательного медицинского страхования на период 2011–2015 г.

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.

Законами субъектов Российской Федерации о бюджетах территориальных фондов обязательного медицинского страхования на 2013 г. прогнозируемый общий объем доходов установлен в сумме 1 230 658,2 млн руб., фактическое исполнение составило 1 228 127,4 млн руб. или 99,8% плана.

За счёт межбюджетных трансфертов из бюджета Федерального фонда в бюджеты территориальных фондов обязательного медицинского страхования в 2013 г. поступило 1 027 591,0 млн руб., из них:

ОМС: реальность и перспективы

Отчёт о деятельности системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации в 2013 г.

1 025 412,8 млн руб. (99,8%) – на выполнение переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования;

2 128,9 млн руб. (0, 2%) – на единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам;

44,7 млн руб. – на завершение расчетов на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан;

4,6 млн руб. – на завершение расчетов на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

Межбюджетные трансферты из бюджетов субъектов Российской Федерации, передаваемые территориальным фондам обязательного медицинского страхования на дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в части базовой программы ОМС, составили 152 257,7 млн руб.; на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программы ОМС – 14 174,9 млн руб.

Расходы территориальных фондов обязательного медицинского страхования за 2013 г. составили 1 211 625,3 млн руб. При этом, расходы на выполнение территориальных программ обязательного медицинского страхования составили 1 197 617,7 млн руб. (98,8%), в том числе на содержание аппаратов органов управления государственных внебюджетных фондов 10 817,6 млн руб. (0,9%).

Организация подготовки и дополнительного профессионального образования кадров для осуществления деятельности в сфере обязательного медицинского страхования в 2013 г. проводилась в соответствии с Планом повышения квалификации специалистов территориальных фондов обязательного медицинского страхования на 2013 г. Подготовку и дополнительное профессиональное образование кадров для осуществления деятельности в сфере обязательного медицинского страхования осуществляли 13 образовательных учреждений, которыми было организовано 47 учебных мероприятий.

В 2013 г. подготовлено 1378 специалистов для сферы обязательного медицинского страхования, в том числе 1093 работника территориальных фондов обязательного медицинского страхования, 285 работников медицинских организаций и страховых медицинских организаций.

5. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

В 2013 г. деятельность в сфере обязательного медицинского страхования осуществляли 67 страховых медицинских организаций и 212 их филиалов в 83 субъектах Российской Федерации и в Байконуре, которыми застраховано 142,1 млн человек (99,2% населения Российской Федерации).

Происходящий в последние годы процесс сокращения количества страховых медицинских организаций и их филиалов, связанный в том числе с установленным законодательством Российской Федерации требованием об увеличении минимального размера уставного капитала с 1 января 2012 г. и продолжающимся процессом концентрации на страховом рынке, в 2013 г. практически завершился (диаграмма 3).

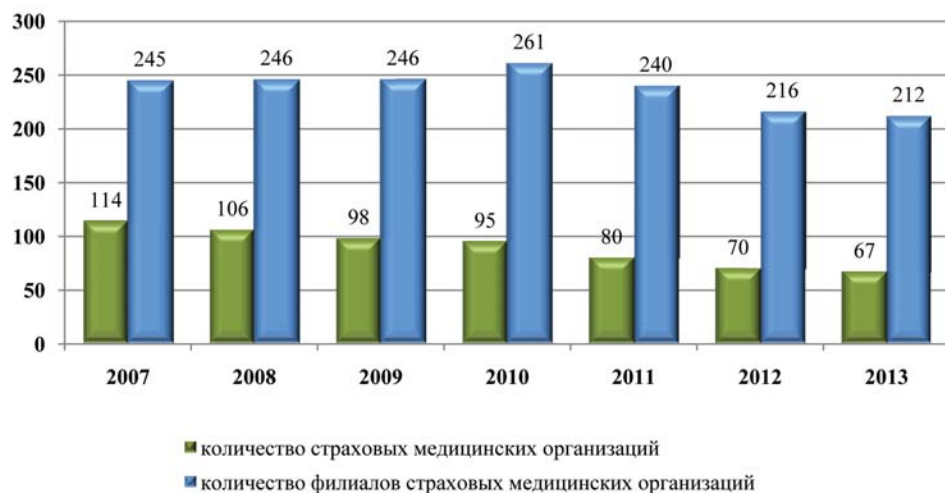
Большинство застрахованных лиц (115 млн человек, или 80,1%) застраховано в 13 страховых медицинских организациях и их филиалах, крупнейшими из которых являются группа компаний «Росгосстрах» (ООО «Росгосстрах-Медицина» и ЗАО «Капитал Медицинское страхование»), ЗАО «МАКС-М», ОАО «РОСНО-МС», ОАО «СК «СОГАЗ-Мед».

Численность застрахованных лиц в указанных 13 страховых медицинских организациях составляет от 3,1 до 20,8 млн человек (таблица 2).

Кроме того, в 12 страховых медицинских организациях застраховано от 1 до 2,7 млн человек, остальные страховые медицинские

Диаграмма 3

Количество страховых медицинских организаций и их филиалов



организации имеют численность застрахованных до 1 млн человек.

По сравнению с 2012 г. в большинстве крупных страховых медицинских организаций произошло увеличение числа застрахованных лиц.

Наибольшее увеличение численности застрахованных по сравнению с 2012 г. произошло в группе компаний «Росгосстрах» (с 19,4 млн человек до 20,8 млн человек или + 7,2%), а также в «РОСНО-МС» (с 16,6 млн человек до 17,3 млн человек) и в ООО СК

«Ингосстрах-М» (с 6,3 до 6,6 млн человек), где увеличение составило более 4%. В ЗАО «МАКС-М» численность застрахованных снизилась с 20,6 до 20,0 млн человек (диаграмма 4).

В 2013 г. объем поступлений средств обязательного медицинского страхования в страховые медицинские организации из территориальных фондов обязательного медицинского страхования для оплаты медицинской помощи в соответствии с договорами о финансовом обеспечении

Таблица 2

Численность застрахованных лиц в крупных страховых медицинских организациях

Название страховой медицинской организации	Численность застрахованных лиц, (млн человек)	Процент от общего числа застрахованных лиц	Количество субъектов Российской Федерации, в которых осуществляется деятельность по ОМС
ООО «Росгосстрах-Медицина», ЗАО «Капитал Медицинское страхование»	20,8	14,5	40
ЗАО «МАКС-М»	20,0	13,9	25
СМК ОАО «РОСНО-МС»	17,3	12,1	23
ОАО «СК СОГАЗ-Мед»	14,7	10,2	36
ОАО СМО «Сибирь»	7,2	5,0	4
ООО СК «Ингосстрах-М»	6,6	4,6	18
ООО МСК «РЕСО-МЕД»	6,1	4,3	12
ЗАО МСК «Солидарность для жизни»	5,6	3,9	13
ЗАО Страховая группа «Спаские ворота-М»	3,7	2,6	15
ООО СМК «АСТРАМЕД-МС»	3,6	2,5	3
ООО СК «АК БАРС Мед»	3,2	2,2	1
ОАО МСК «УралСиб»	3,1	2,2	4
ООО «АльфаСтрахование МС»	3,1	2,1	4

Диаграмма 4

Численность лиц, застрахованных крупными страховыми медицинскими организациями

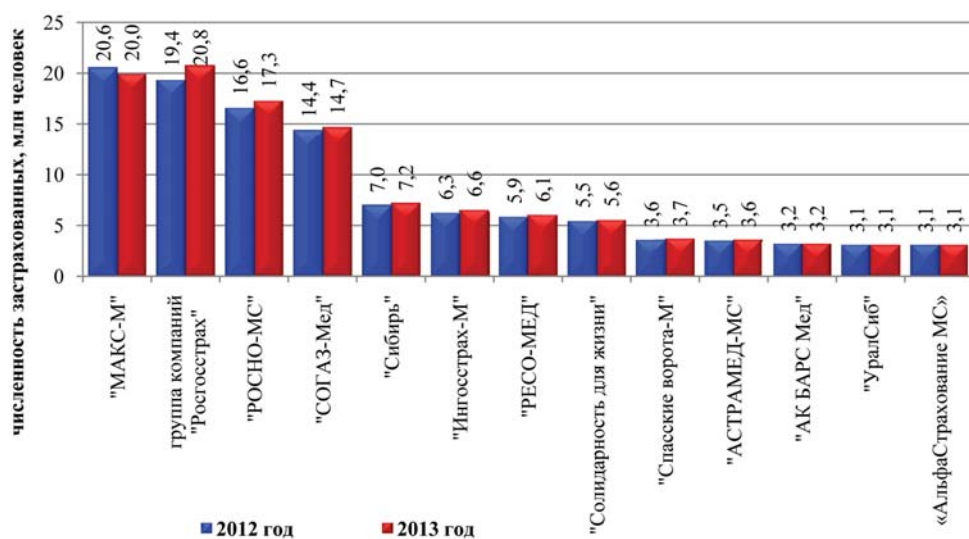


Таблица 3
Структура средств обязательного медицинского страхования, поступивших в страховые медицинские организации в 2012–2013 гг.

Наименование показателя	2012 г.		2013 г.	
	млн руб.	в %	млн руб.	в %
	730 162,4	100,0	1 128 563,0	100,0
Поступило средств – всего				
В том числе:				
на оплату медицинской помощи	700 219,9	95,899	1 077 455,0	95,472
на ведение дела	9 679,3	1,326	12 711,2	1,126
средства НСЗ территориальных фондов	19 743,0	2,704	36 996,3	3,278
штрафы, санкции, возмещение ущерба	88,7	0,012	316,9	0,028
В том числе:				
– взысканные с медицинских организаций	77,6		304,7	
средства, полученные в результате экономии годового объема средств ОМС	0,0	-	495,7	0,044
средства вознаграждения СМО за выполнение условий, предусмотренных договором о финансовом обеспечении ОМС	16,0	0,0002	157,4	0,014
средства на выплаты вознаграждений медицинским организациям за выполнение целевых значений доступности и качества медицинской помощи	-	-	239,3	0,021
прочие поступления	415,5	0,057	191,2	0,017

Таблица 4
Структура расходования средств обязательного медицинского страхования страховыми медицинскими организациями в 2012–2013 гг.

	2012 г.		2013 г.	
	млн руб.	%	млн руб.	%
Израсходовано средств – всего	727 836,7	100,0	1 111 225,2	100,0
В том числе:				
– на оплату медицинской помощи	699 590,6	96,1	1 094 147,0	98,5
– на формирование собственных средств	11 488,9	1,6	16 065,4	1,4
– прочие расходы	16 757,2	2,3	1 012,8	0,1
Справочно: возврат средств в территориальный фонд ОМС	22 453,3	3,1	19 636,2	1,8

обязательного медицинского страхования составил 1 077 455,0 млн руб., что на 53,9% больше, чем в 2012 г. (таблица 3).

Объем средств нормированного страхового запаса, предоставленный территориальными фондами обязательного медицинского страхования при недостатке целевых средств для оплаты медицинской помощи, составил 36 996,3 млн руб. или 3,4% от суммы средств, перечисленных по дифференцированному подушевому нормативу на оплату медицинской помощи (в 2012 г.– 2,8% от суммы поступивших на оплату медицинской помощи средств).

Наибольший объем средств нормированного страхового запаса от суммы средств, поступивших для оплаты медицинской помощи, сложился в Москве (13,4%), Ленин-

градской (10,4%) и Ульяновской областях (8,6%), а также в Краснодарском крае (8,2%). Средства нормированного страхового запаса не направлялись в 2013 г. страховым медицинским организациям в 15 субъектах Российской Федерации и в Байконуре, а в 24 субъектах Российской Федерации отмечено сокращение объема указанных средств.

Объем средств, предназначенных на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию, поступивших из территориальных фондов обязательного медицинского страхования в страховые медицинские организации, увеличился на 31,3%, что обусловлено увеличением суммы средств, поступивших для оплаты медицинской помощи в соответствии с договорами о финансовом обеспечении обязательного медицинского

страхования. В 2013 г. средний показатель расходов на ведение дела по Российской Федерации составил 1,2% от суммы поступивших для оплаты медицинской помощи средств (в 2012 г. – 1,4%). Выше среднего российского уровня указанный показатель отмечен в 18 субъектах Российской Федерации. Наибольший процент расходов на ведение дела в Чеченской Республике – 1,8%, а также в Москве, Новгородской области и Республике Саха (Якутия) – 1,6%.

В рамках договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию страховыми медицинскими организациями были наложены штрафы на медицинские организации в сумме 304,7 млн руб. (в 2012 г. – 77,6 млн руб.). Кроме того, в 2013 г. в страховые медицинские организации 48 субъектов Российской Федерации от территориальных фондов обязательного медицинского страхования поступили суммы средств, полученных в результате экономии годового объема средств, в размере 495,7 млн руб. Также в страховые медицинские организации 19 субъектов Российской Федерации поступили средства вознаграждения за выполнение условий, предусмотренных договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, в размере 157,4 млн руб.

Основными направлениями расходования страховыми медицинскими организациями средств обязательного медицинского страхования в 2013 г., как и в предыдущие годы, являлась оплата медицинской помощи.

В абсолютном выражении отмечен рост расходов на оплату медицинской помощи (на 394 556,4 млн руб.) и суммы собственных средств страховых медицинских организаций, участвующих в реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования (на 4 576,5 млн руб.). Диапазон доли средств, направленных

на оплату медицинской помощи, по отношению к сумме израсходованных средств составил от 99,1% в Сахалинской области до 97,1% в Липецкой и Нижегородской областях. В среднем по Российской Федерации доля средств, направленных на оплату медицинской помощи, составила 98,5%.

В соответствии с частью 4 статьи 28 Федерального закона № 326-ФЗ от 29.11.2010 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в 2013 г. страховые медицинские организации формировали собственные средства, источники которых представлены ниже.

6. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

В 2013 г. в сфере обязательного медицинского страхования участвовали 8225 медицинских организаций (таблица 6). Из них 407 ведомственных медицинских организаций, в том числе 119 медицинских организаций, подведомственных Федеральному медико-биологическому агентству РФ (1,4% от общего числа медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования), 116 – подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации (1,4%), 38 – подведомственных Российской академии медицинских наук (0,5%), 86 – подведомственных Министерству внутренних дел Российской Федерации (1,0%), 48 – подведомственных Министерству обороны Российской Федерации (0,6%). Медицинские организации негосударственной формы собственности (частной формы собственности и индивидуальные предприниматели) – 1124 и НУЗ ОАО «Российские железные дороги» – 209 – составили 1333, или 16,2% от общего числа медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования).

Таблица 6
Динамика числа самостоятельных медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования в 2012–2013 гг.

Показатель	2012 г.	2013 г.	%
Всего медицинских организаций, в том числе:	8 059	8 225	102,1
больничные учреждения	4 705	4 835	102,8
Амбулаторно-поликлинические учреждения, в том числе:	2237	2 175	97,2
центры общей врачебной (семейной) практики	24	23	95,8
Стоматологические поликлиники	1 036	1 056	101,9
Санаторно-курортные организации	57	75	131,6

Таблица 7
Структура расходов средств обязательного медицинского страхования медицинскими организациями в 2012-2013 гг. (в%)

Направление расходов	2012 г.	2013 г.
Израсходовано – всего, в том числе:	100	100
* на оплату труда	55,8	53,9
* начисления на зарплату	16,0	15,7
* приобретение медикаментов	12,2	10,2
* продукты питания	3,2	2,1
* приобретение мягкого инвентаря	0,3	0,2
* иные расходы	12,5	17,9

Таблица 5
Формирование страховыми медицинскими организациями собственных средств (тыс. руб.)

Показатель	2012 г.		2013 г.	
	Величина показателя	Доля (в%) по отношению к сумме средств, направленных на оплату медицинской помощи	Величина показателя	Доля (в%) по отношению к сумме средств, направленных на оплату медицинской помощи
1	2	3	4	5
Направлено на формирование собственных средств в сфере обязательного медицинского страхования, в том числе:	11 488 978,6	1,64%	16 065 407,4	1,47%
Средства на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию	9 757 911,9	1,39%	12 707 593,2	1,16%
Средства, необоснованно предъявленные к оплате медицинскими организациями, выявленные при проведении медико-экономической экспертизы	862 685,9	0,12%	1 488 190,0	0,14%
Средства, необоснованно предъявленные к оплате медицинскими организациями, выявленных при проведении экспертизы качества медицинской помощи	769 142,9	0,11%	1 058 596,5	0,10%
Средства, поступившие в результате уплаты медицинскими организациями штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества	59 320,7	0,01%	156 164,7	0,01%
Средства, образовавшиеся в результате экономии годового объема средств ОМС	0	–	495 662,0	0,06%
Средства, являющиеся вознаграждением за выполнение условий, предусмотренных договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования	15 979,8	0,003%	157 360,7	0,01%
Средства, поступившие от юридических и физических лиц, причинивших вред здоровью застрахованных лиц, сверх сумм, затраченных на оплату медицинской помощи	37,5	0,00001%	39,8	0,00001%
Прочие источники	23 899,9	0,004%	1 798,2	0,0003%

В 2013 г. число медицинских организаций, участвующих в реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования, увеличилось на 166 организаций (2,1%). По сравнению с 2012 г. продолжает увеличиваться число стоматологических (на 1,9%) и санаторно-курортных (на 31,6%) организаций. В сравнении с 2012 г. количество медицинских организаций негосударственной формы собственности увеличилось на 29,5%.

В медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь по территориальным программам обязательного медицинского страхования, в 2013 г. поступило на 418 490,8 (57,5%) млн руб. больше, чем в 2012 г., в том числе из территориальных фондов обязательного медицинского страхования – больше на 23 911,5 млн руб. (88,2%); из страховых медицинских организаций – больше на 394 694,4 млн руб. (56,4%).

В 2013 г. в ведомственные медицинские организации поступило 25,9 млрд руб., что составило 2,3% от всех средств обязательного медицинского страхования, направленных в медицинские организации в сфере обязательного медицинского страхования, в медицинские организации негосударственной формы собственности – 29,7 млрд руб. (2,6%). Израсходовано медицинскими организациями в 2013 г. больше на 438 342,1 млн руб. (62,6%), чем в 2012 г. (таблица 7).

(Окончание на стр. 10–11.)

(Окончание. Начало на стр. 4.)

В целом по Российской Федерации по видам затрат преобладали расходы на оплату труда с начислениями (69,6%) и на медикаменты – 10,2%. Расходы на продукты питания составили 2,1%, мягкий инвентарь – 0,2%, прочие статьи – 17,9%.

Наибольшая доля расходов на оплату труда отмечалась в Республике Тыва (78,4%), Ямало-Ненецком автономном округе (78,3%), Кабардино-Балкарской Республике (78,0%), наименьшая – Байконуре (60,5%), Краснодарском (61,5%) и Ставропольском (61,9%) краях.

В структуре расходов средств обязательного медицинского страхования в 2013 г. произошло уменьшение удельного веса расходов на заработную плату с начислениями (на 2,2%). Также сократились расходы на медикаменты (на 2%), продукты питания (на 1,1%), приобретение мягкого инвентаря (0,1%). На 5,4% возросла доля на иные расходы.

С целью оптимизации сети и штатов муниципальных бюджетных учреждений здравоохранения, сокращения непроизводственных расходов и создания централизованной структуры по оказанию медицинской помощи населению происходило их слияние. В связи с этим наблюдается уменьшение больничных и амбулаторно-поликлинических учреждений. Вместе с тем продолжается рост числа стоматологических поликлиник, в основном за счет включения в сферу обязательного медицинского страхования медицинских организаций частной формы собственности.

7. СВЕДЕНИЯ О ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЕ РАБОТНИКОВ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Мониторинг заработной платы работников медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования осуществлялся в соответствии с приказом Федерального фонда № 65 от 26.03.2013 «Об установлении формы и порядка предоставления отчетности о заработной плате работников медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования».

В 2013 г. среднемесячная номинальная начисленная заработная плата всех работников медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования (далее также – среднемесячная заработная

ОМС: реальность и перспективы

Отчёт о деятельности системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации в 2013 г.

плата) составила 25,16 тыс. руб. (84,0% к средней по экономике за 2013 г. (29,96 тыс. руб.) и увеличилась по сравнению со среднегодовым значением 2012 г. на 19,8% (диаграмма 5).

По субъектам Российской Федерации темп прироста в отчетном периоде по сравнению с 2012 г. изменился от 7,1 до 50,3%. Опережение среднего темпа прироста заработной платы отмечено в 52 субъектах Российской Федерации, наибольшие значения (более +26%) в Республике Дагестан – 26,2%, Республике Ингушетия – 29,3%, Кабардино-Балкарской Республике – 33,4%, Республике Коми – 26,5%, Республике Марий Эл – 27,9%, Республике Саха (Якутия) – 29,8%, Республике Северная Осетия – Алания – 50,3%, Республике Татарстан – 26,5%, Чеченской Республике – 30%, Пермском крае – 32,2%, Ставропольском крае – 35,5%, Астраханской области – 26,7%, Воронежской области – 26,5%, Курской области – 26,9%, Оренбургской области – 29,6%, Смоленской области – 31,2%, Челябинской области – 26,4%, а также в Чукотском автономном округе – 29,2%.

По сравнению с предыдущим годом доля средств обязательного медицинского страхования в среднемесячной заработной плате за отчетный период увеличилась на 12,4 процентных пункта до 84,3% (диаграмма 6).

Среднемесячная заработная плата за счет средств обязательного медицинского страхования составила 21,2 тыс. руб. и увеличилась по сравнению с 2012 г. на 40,4%.

Среднемесячная заработная плата врачей в 2013 г. составила 43,02 тыс. руб. (143,6% к средней по экономике за 2013 г. – 29,96 тыс. руб.) и увеличилась по сравнению с 2012 г. на 18,9%. Наблюдалось снижение заработной платы по сравнению с 2012 г. в Забайкальском крае (4,4%). Опережение среднего темпа прироста заработной платы отмечено в 43 субъектах Российской Федерации, наибольшие значения (более +25%) в Республике Адыгея – 26,32%, Кабардино-

Диаграмма 5

Динамика изменения среднемесячной начисленной заработной платы всех работников медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования, тыс. руб.

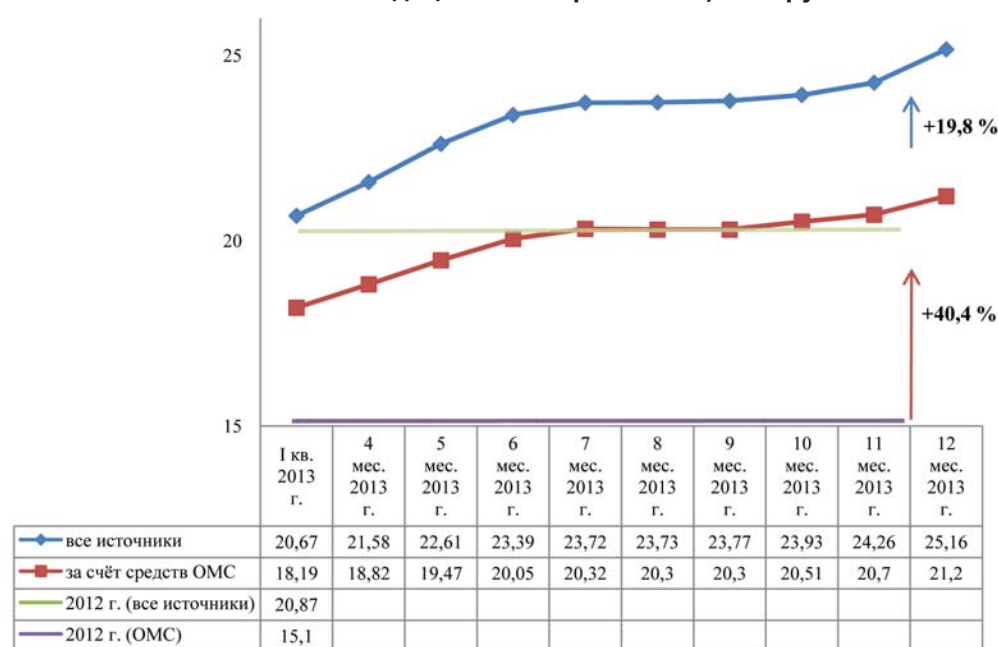


Диаграмма 6

Доля средств обязательного медицинского страхования в среднемесячной заработной плате работников медицинских организаций в сфере ОМС за 2013 г.

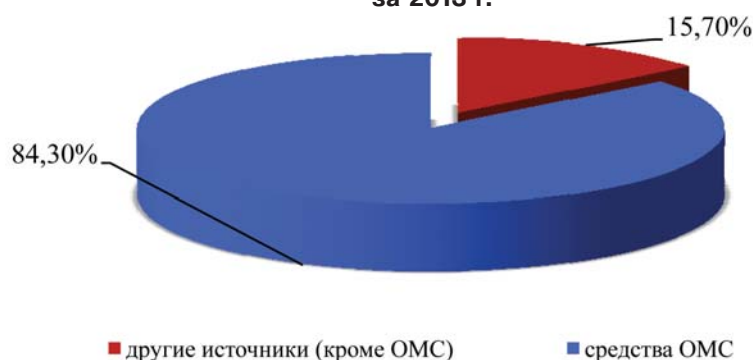
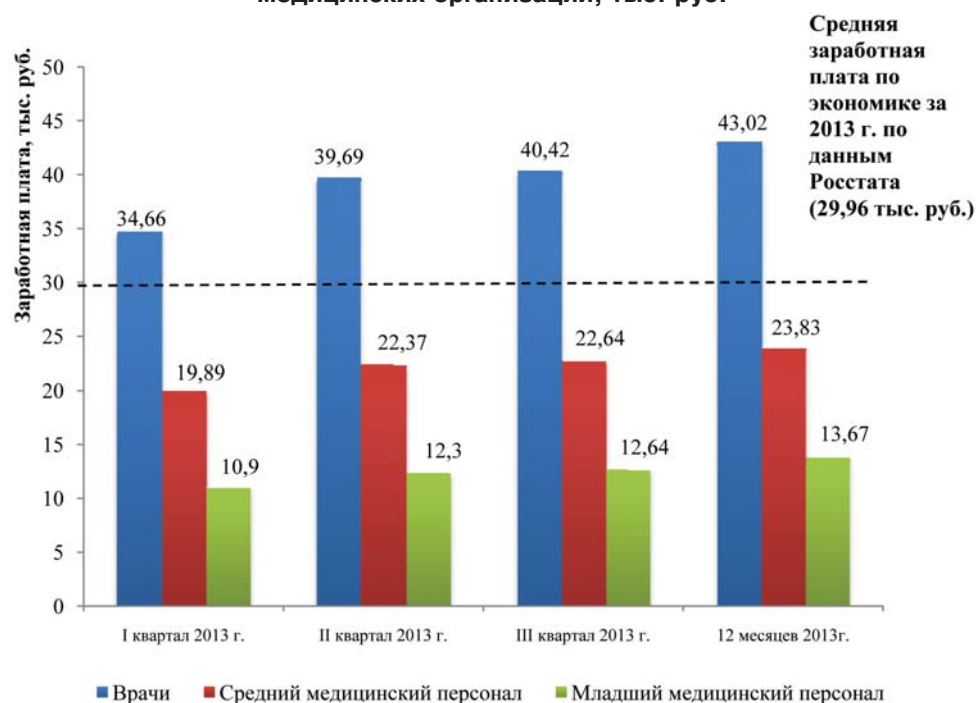


Диаграмма 7

Динамика изменения среднемесячной начисленной заработной платы по основным категориям работников медицинских организаций, тыс. руб.



Балкарской Республике – 25,98%, Республике Северная Осетия – Алания – 53,71%, Удмуртской Республике – 25,25%, Пермском крае – 26,95%, Ставропольском крае – 39,45%, Астраханской области – 27,88%, Оренбургской области – 27,04%, Ростовской области – 26,32%, Смоленской области – 32,6%, Ярославской области – 26,7%, Еврейской автономной области – 25,91%, Чукотском автономном округе – 39,68%, С.-Петербурге – 28,68%.

Большинство субъектов Российской Федерации достигли плановых значений показателей «дорожных карт» по заработной плате врачей. В четырех регионах имелись незначительные отклонения от плана (менее 5 процентных пунктов). Существенное отклонение планового значения «дорожной карты» наблюдалось в Забайкальском крае (-13,4 процентных пункта).

По отдельным врачебным специальностям темп прироста среднемесячной заработной платы опередил средний по категории «врачи»:

по терапевтам-участковым – 39,34 тыс. руб. (прирост к уровню 2012 г. +26,8%); снижение по сравнению с 2012 г. в субъектах Российской Федерации отсутствует;

по педиатрам-участковым – 39,24 тыс. руб. (+24,5%); снижение по сравнению с 2012 г. в субъектах Российской Федерации отсутствует;

по врачам общей практики – 36,41 тыс. руб. (+27,4%); снижение по сравнению с 2012 г. отмечено в Республике Адыгея (-3,3%);

по врачам-специалистам – 42,45 тыс. руб.; темп прироста в среднем по Российской Федерации в отчетном периоде составил +18%; снижение среднемесячной заработной платы по указанной категории наблюдалось в Забайкальском крае (-5,8%).

Среднемесячная заработная плата среднего медицинского (фармацевтического) персонала в отчетном периоде составила 23,83 тыс. руб. (79,5% к средней по экономике за 2013 г. – 29,96 тыс. руб.) и увеличилась по сравнению с 2012 г. на 19,5%. Снижение заработной платы по сравнению с 2012 г. отсутствует. Опережение среднего темпа прироста заработной платы наблюдалось в 47 субъектах Российской Федерации, наибольшие значения (более +30%) в Республике Саха (Якутия) – 30,6%, Смоленской области – 31,3%, Пермском крае – 32,8%, Республике Дагестан – 34,7%, Оренбургской области – 34,9%, Республике Ингушетия – 35,9%, Чеченской Республике – 36,5%, Кабардино-Балкарской Республике – 37,5%, Ставропольском крае – 38,1%, Республике Северная Осетия – Алания – 47,0%.

Большинство субъектов Российской Федерации достигли плановых значений показателей «дорожных карт» по заработной

плате среднего медицинского персонала. В семи регионах имелись незначительные отклонения от плана (менее 5 процентных пунктов).

Темп роста среднемесячной заработной платы медицинских сестер составил 21,46%. Среднемесячная заработная плата указанных работников в отчетном периоде составила 23,67 тыс. руб. (диаграмма 7). Снижение по сравнению с 2012 г. отсутствует.

Среднемесячная заработная плата младшего медицинского персонала в отчетном периоде составила 13,67 тыс. руб. (45,6% к средней по экономике за 2013 г. – 29,96 тыс. руб.) и увеличилась по сравнению с 2012 г. на 29,3%. Снижения заработной платы по сравнению с 2012 г. не выявлено. Опережение среднего темпа прироста заработной платы отмечено в 44 субъектах Российской Федерации, наибольшие значения (более +44%) в Республике Саха (Якутия) – 44,6%, Оренбургской области – 45,8%, Ивановской области – 45,9%, Республике Татарстан – 46,0%, Томской области – 48,6%, Чувашской Республике – 49,9%, Челябинской области – 50,1%, Республике Хакасия – 51,4%, Амурской области – 51,5%, Чукотском автономном округе – 55,1%, Чеченской Республике – 56,1%, Республике Северная Осетия – Алания – 56,3%, Забайкальском крае – 61,2%, Новгородской области – 61,2%, Пермском крае – 61,2%.

Не достигнуты плановые значения показателей «дорожных карт» по заработной плате младшего медицинского персонала в 33 субъектах Российской Федерации. В 26 субъектах Российской Федерации отклонения от плана незначительные (менее 5 процентных пунктов). Существенно не достигнуты показатели в Ярославской области (-10,8), Тверской области (-9,9), Чукотском автономном округе (-8,3), Челябинской области (-7,8), Республике Калмыкия (-7,5), Алтайском крае (-6,5), Кировской области (-5,6).

8. РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОГРАММ И МЕРОПРИЯТИЙ ПО МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В 2011–2013 гг.

В соответствии со статьей 50 Федерального закона № 326-ФЗ от 29.11.2010 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в целях повышения качества и доступности медицинской помощи в 2011 г. в субъектах Российской Федерации осуществлялась реализация мероприятий региональных программ модернизации здравоохранения на 2011–2013 гг. (далее – программы модернизации здравоохранения) и мероприятий по модернизации государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь.

Финансовое обеспечение программ модернизации здравоохранения на два года

предусмотрено в размере 664,3 млрд руб., из них:

420,1 млрд руб. за счёт средств бюджета Федерального фонда;

112,7 млрд руб. за счёт средств бюджетов субъектов Российской Федерации;

131,5 млрд руб. за счёт средств бюджетов территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

Указанные средства в 2011–2013 гг. направлены на реализацию целей, установленных Федеральным законом № 326-ФЗ от 29.11.2010 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»:

1) укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения, в том числе обеспечение завершения строительства ранее начатых объектов, текущий и капитальный ремонт, приобретение медицинского оборудования (343,9 млрд руб., в том числе субсидий Федерального фонда – 280,9 млрд руб.);

2) внедрение современных информационных систем в здравоохранение, обеспечивающих переход на единый полис обязательного медицинского страхования, внедрение телемедицинских систем, систем электронного документооборота и ведение медицинских карт пациентов в электронном виде (29,4 млрд руб., в том числе субсидий Федерального фонда – 20,3 млрд руб.);

3) внедрение стандартов медицинской помощи, повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами (291,0 млрд руб., в том числе субсидий Федерального фонда – 118,9 млрд руб.).

В рамках программ модернизации здравоохранения к 2014 г. завершено строительство 101 учреждения здравоохранения; ремонтные работы в полном объёме 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, более 700 единиц магнитно-резонансных и компьютерных томографов, более 6500 единиц рентгеновского и ангиографического оборудования в 5,7 тыс. учреждений здравоохранения. Организованы межмуниципальные центры по приоритетным про-

филям заболеваний: кардиологическому, онкологическому, травматологическому, а также межрайонные акушерские диагностические центры.

В целях внедрения современных информационных технологий в здравоохранение по итогам трёх лет организация персонализированного учёта 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, ведение единого регистра медицинских работников осуществляется в 6,0 тыс. учреждений здравоохранения, ведение электронного паспорта медицинского учреждения осуществляется в 5,8 тыс. учреждений здравоохранения, ведение паспорта здравоохранения субъекта Российской Федерации осуществляются в 2,1 тыс. учреждений здравоохранения (диаграмма 8).

Кроме того, закуплено более 390 тыс. единиц компьютерной техники, что позволило организовать запись к врачу в электронном виде почти в 5,7 тыс. учреждений здравоохранения.

При реализации мероприятий программ модернизации здравоохранения на средства, образовавшиеся в результате сложившейся экономии по результатам конкурсных процедур, дополнительно отремонтировано 85 учреждений здравоохранения, приобретено 110,9 тысячи медицинского оборудования для 880 учреждений здравоохранения (диаграмма 9).

Реализация в 2011–2012 гг. мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи и поэтапному внедрению стандартов медицинской помощи в 3,5 тыс. учреждений здравоохранения, предусматривающих отработку механизмов организации оказания медицинской помощи в соответствии с порядками и ее финансового обеспечения на основе стандартов медицинской помощи при заболеваниях, являющихся основными причинами высокой смертности в регионах, позволило обеспечить повышение заработной платы медицинских работников в 2012 г. в сравнении с 2010 г.:

средняя номинальная начисленная заработная плата врачей увеличилась на 41%;

Диаграмма 8

Реализация мероприятий региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации в 2011–2013 гг. (% от запланированного объема)

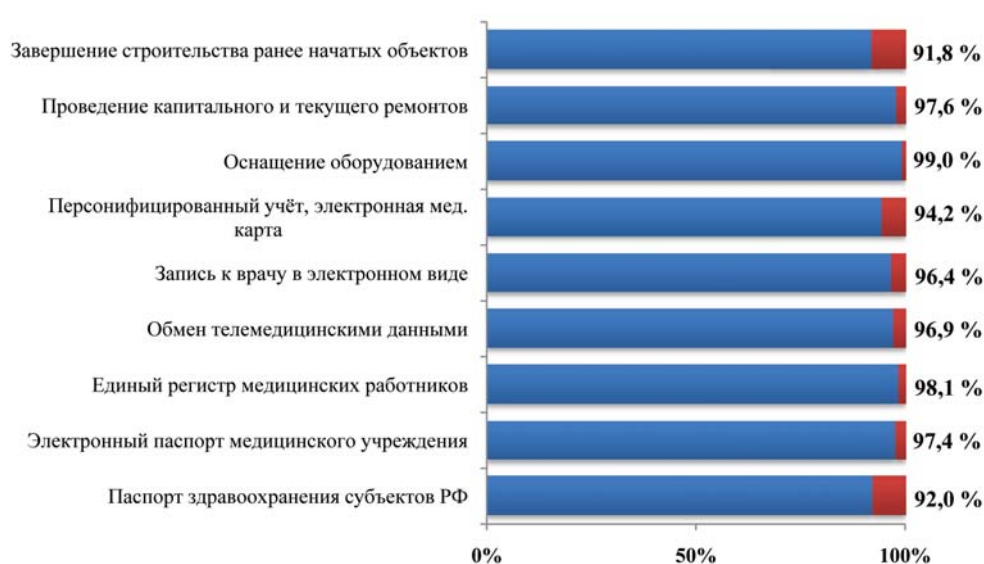


Диаграмма 9

Сведения о мероприятиях, дополнительно проведённых за счёт экономии средств после завершения конкурсных процедур

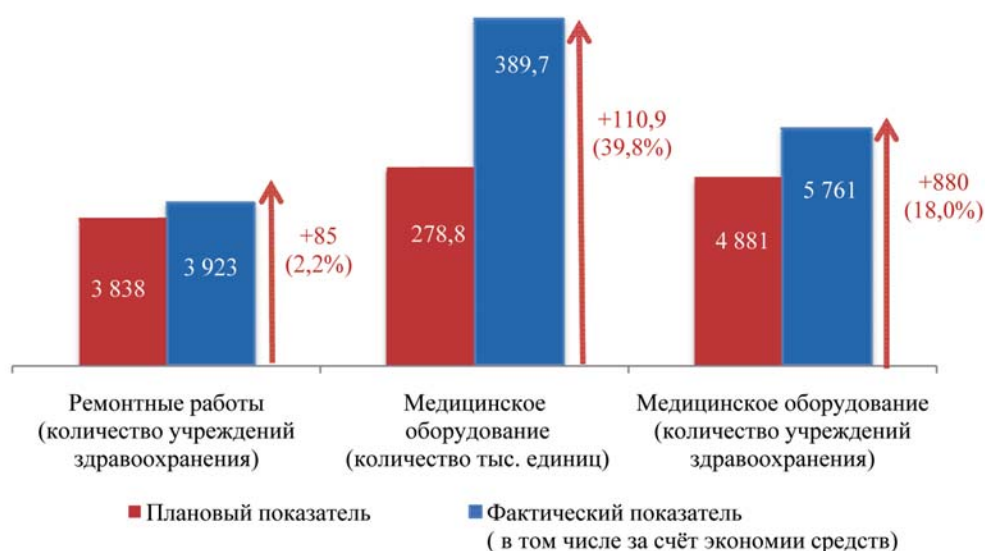


Диаграмма 10
Финансовое обеспечение и использование субсидий Федерального фонда обязательного медицинского страхования на реализацию региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации в 2011–2013 гг., млрд руб.



средняя номинальная начисленная заработная плата среднего медицинского персонала увеличилась на 36%.

В целях обеспечения выполнения перечня поручений Президента Российской Федерации от 6 декабря 2010 г. № Пр-3534 по реализации Послания Президента Российской Федерации от 30 ноября 2010 г. программами модернизации здравоохранения не менее 25% средств, совокупно выделяемых на модернизацию здравоохранения, предусматривалось на развитие детской медицины (186,8 млрд руб., или 28,1% от совокупной стоимости программ модернизации здравоохранения).

За три года в рамках программ модернизации здравоохранения завершено строительство 40 детских учреждений здравоохранения, ремонтные работы в полном объёме завершены в 1559 учреждениях, закуплено и поставлено в медицинские учреждения более 113 тыс. единиц оборудования для оказания медицинской помощи детям.

В 2011–2012 гг. проведена диспансеризация 2 311,3 тыс. 14-летних подростков (98,6% от предусмотренной на 2011–2012 гг. численности детей указанного возраста – 2 342,9 тыс. человек).

По состоянию на 1 января 2014 г. расходы в субъектах Российской Федерации на совершенствование оказания медицинской помощи детям составили 181,1 млн руб., или 97% от размера средств, предусмотренных на указанные цели.

Субсидии на финансовое обеспечение программ модернизации здравоохранения направлены Федеральным фондом в бюджеты территориальных фондов обязательного медицинского страхования в полном объёме в соответствии с графиками их предоставления, установленными Соглашениями о финансовом обеспечении региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации: в 2011 г. – 190,4 млрд руб., в 2012 г. – 229,7 млрд руб.

Использование субсидий Федерального фонда на реализацию мероприятий программ модернизации здравоохранения в субъектах Российской Федерации в период с марта 2011 г. по декабрь 2013 г. осуществлены в объёме 417 265,1 млн руб., или 99,3% от объёма предоставленных субсидий (диаграмма 10), из них на:

укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения – 279 314,4 млн руб., или 99,4% от размера предоставленных на соответствующие мероприятия субсидий;

внедрение современных информационных систем в здравоохранение – 20 038,4 млн руб., или 98,9% от размера предоставленных на соответствующие мероприятия субсидий;

внедрение стандартов медицинской помощи – 117 912,3 млн руб., или 99,2% от размера предоставленных на соответствующие мероприятия субсидий.

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

Размер предоставленных из бюджета Фе-

дерального фонда в федеральный бюджет средств на финансовое обеспечение мероприятий по модернизации государственных учреждений здравоохранения составил 29 821,7 млн руб. (из них 4 894,0 млн руб. направлено Министерству здравоохранения РФ на создание Федерального центра обработки данных), в том числе учреждениям, подведомственным Министерству здравоохранения РФ, – 9 897,4 млн руб., Российской академии медицинских наук – 3 872,7 млн руб. и Федеральному медико-биологическому агентству – 11 157,6 млн руб.

Оказывающими медицинскую помощь государственными учреждениями, полномочия собственника которых осуществляют Министерство здравоохранения РФ, Федеральное медико-биологическое агентство и Российская академия медицинских наук, использовано 24 863,0 млн руб. средств бюджета Федерального фонда, в том числе на:

1) укрепление материально-технической базы – 23 616,8 млн руб., (99,7% от размера предоставленных средств), в том числе государственными учреждениями, подведомственными:

Министерству здравоохранения РФ – 9 442,6 млн руб. (99,7% от размера предоставленных средств);

Российской академии медицинских наук – 3 718,7 млн руб. (100% от размера предоставленных средств);

Федеральному медико-биологическому агентству – 10 455,5 млн руб. (99,7% от размера предоставленных средств);

2) на внедрение современных информационных систем в здравоохранение – 1 246,2 млн руб. (99,8% от размера предоставленных средств), в том числе государственными учреждениями, подведомственными:

Министерству здравоохранения Российской Федерации – 422,2 млн руб. (100% от размера предоставленных средств);

Российской академии медицинских наук – 153,8 млн руб. (100% от размера предоставленных средств);

Федеральному медико-биологическому агентству – 670,2 млн руб. (99,6% от размера предоставленных средств).

В 2012–2013 гг. в рамках реализации мероприятий по модернизации государственных учреждений здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь, приобретено 21 280 единиц медицинского оборудования (103,9% от планового показателя – 20 480 единиц). Закуплено 18 837 единиц компьютерной техники (109,5% от планового показателя – 17 203 единицы). Организовано 23 635 портов локальных вычислительных сетей (100,6% от планового показателя – 23 503 порта).

В соответствии со статьей 50 Федерального закона № 326-ФЗ от 29.11.2010 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» реализация программ модернизации здравоохранения в части мероприятий по проектированию, строительству и вводу в эксплуатацию 32 перинатальных центров будет продолжена в 2014 г. в 30 субъектах Российской Федерации.

В бюджете Федерального фонда на 2014 г. на эти цели предусмотрено до 52,7 млрд руб.

В приветственном адресе, направленном участникам этого значимого мероприятия, министр здравоохранения России Вероника Скворцова отметила: «...Форум представляет собой уникальную площадку для обмена профессиональным опытом и знаниями, общения между ведущими российскими и зарубежными специалистами. Только вместе мы можем способствовать решению глобальных задач здравоохранения – улучшению демографической ситуации в стране, повышению рождаемости, снижению материнской и младенческой смертности...»

– Нас, безусловно, радует сокращение материнской смертности, – сказала директор Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздрава России Елена Байбарина. – Если в 2011 г. показатель составлял 16,2 на 100 тыс. родившихся живыми, то в 2013 – 11,3. Уже достигнут результат, заложенный в Концепции развития здравоохранения – 2020. Но почитать на лаврах не следует, потому что наш показатель существенно выше, чем в ряде развитых стран, хотя средний по европейскому региону – 10,5. В общем-то, мы не намного отстаём. Но, конечно, хочется сравнивать себя с наиболее развитыми странами. В Германии он – 4,6, в Израиле – 4,7, в Нидерландах – 3,7.

По словам руководителя Росздравнадзора Михаила Мурашко, развитие службы родовспоможения идёт семимильными шагами. Показатели свидетельствуют об успехах. В то же время наблюдается неравномерность достижений на территории РФ. Закупленная аппаратура используется недостаточно эффективно. Нагрузка на тяжёлое оборудование в России отличается от Франции, Израиля более чем в 2 раза. Далеко не всегда соблюдаются порядки и клинические протоколы ведения пациентов. Качество чтения маммограмм оставляет желать лучшего.

По мнению Е.Байбариной, проблемы зачастую кроются не в оборудовании, а в уровне квалификации врачей и в организации чёткой маршрутизации пациентов. Примерно половина материнской смертности обусловлена предотвратимыми или условно предотвратимыми причинами. Требуются более жёсткий и качественный анализ каждого случая и перестройка работы кафедр по отношению к тому учреждению, где он был допущен.

Кроме того, директор департамента упомянула о необходимости возврата к системе кураторства, закреплении федеральных клиник за территориями.

В рамках форума поднимались самые разные вопросы, прошли многочисленные симпозиумы, «круглые столы», мастер-классы, был представлен ряд клинических протоколов. Тематика мероприятия оказалась чрезвычайно широкой и охватывала все актуальные аспекты родовспоможения и перинатологии. Немало внимания уделялось критическим состояниям в акушерстве, тактике ведения родов при различной патологии, например сахарном диабете, эпилепсии, рубце на матке – кстати, его перестали рассматривать как показание к кесареву сечению. По словам главного акушера-гинеколога Минздрава Иркутской области профессора Натальи Протопоповой, доля успешных родов через естественные родовые пути у женщин с рубцом на матке может достигать 85%. Абсолютным противопоказанием являются лишь предшествующий разрыв матки, предшествующее корпоральное кесарево сечение или якорный разрез на матке.

Особый акцент был сделан на преждевременных родах. Как отметил академик РАН Александр Стрижаков, они являются важнейшей проблемой перинатологии, причём 5% недоношенных детей рождается в период 22-27 недель. 90% новорождённых, появившихся на свет в сверхранние сроки, погибает в течение месяца. Выживаемость недоношенных

стоит ли делать операцию в интересах плода. Проблема сложная, потому что в этом сроке выживает очень небольшой процент детей, а вот с 26 недель выживаемость неплохая.

На перинатальную заболеваемость и смертность оказывают влияние не только преждевременные роды, но и многоплодие, экстракорпоральное оплодотво-

допускается не более двух).

Концентрируясь на проблеме выхаживания недоношенных, не следует забывать о доношенных детях. Нередко они имеют респираторные, гипоксически-ишемические нарушения, аномалии развития, асфиксии и т.д. Г.Савельева рассказала о результатах применения краниоцеребральной гипотермии в комплексном лечении

помощи около 50% врождённых пороков развития поддаётся успешной коррекции в случае своевременного их выявления. Одним из важных достижений перинатологии является применение инвазивных методов лечения плода при различной патологии. Фетальная хирургия, внутрисосудистое переливание крови плоду получают всё большее развитие.

Хромосомная патология, как отметила Г.Савельева, занимает вроде малый процент, но широкая пропаганда по телевидению мысли о том, что дети с болезнью Дауна – это солнечные дети, привела к отказу женщин от проведения инвазивной уточняющей диагностики. И число малышей, рождённых с синдромом Дауна, в Москве повысилось.

Однако в последнее время в пренатальной диагностике произошёл прорыв – стало возможным определять по крови матери наличие врождённой аномалии плода с 9 недель беременности. Этот безопасный (неинвазивный) метод позволяет определить такие трисомии, как синдромы Дауна, Эдвардса, Патау с точностью до 99%. Уже имеется не только зарубежный, но и российский опыт. Например, такую услугу оказывает Центр семьи и репродукции в Москве, правда, анализ пока платный.

На форуме шёл разговор и о роли фундаментальных научных исследований в развитии акушерства, гинекологии, перинатологии, о достижениях в молекулярной и клеточной биологии и использовании этих достижений в области акушерства и гинекологии.

Академик РАН Геннадий Сухих рассказал о том, какие возможности открывает персонализированная медицина. Сфокусировал внимание на такой малознакомой рядовому доктору области, как метабеном кишечника, призвал задуматься об особенностях нашей микрофлоры, её роли и влиянии на различные процессы, нашу жизнь. Высказал мнение о возможной трансплантации фекалий. Показал открывающиеся горизонты в других направлениях. Так, по словам Г.Сухих, выдыхаемый воздух – ресурс для исследования, он имеет свой рисунок у каждого человека. Его анализ сулит большие перспективы в диагностике и терапии патологии.

Выступление академиков, касающееся достижений науки и перспектив её развития, воспринималось практически всеми врачами как фантастика. «Это для нас – космос, да и только», – делились потом они впечатлениями и высказывали пожелания включать в программу форума более приземлённые темы, с которыми приходится сталкиваться в каждодневной практике. Их мало интересовали и результаты многочисленных научных исследований как таковые, а только те, что уже внедрены в жизнь и дают реальную отдачу.

Безусловно, многое из того, о чём говорилось на форуме, не всякому доктору понятно и близко. Но ведь это не научно-практическая конференция, а более значимое мероприятие, цель которого не просто обменяться опытом, новой информацией, полезной докторам из глубинки, а попытаться приподнять их над обыденностью, подтолкнуть к познанию и самосовершенствованию, познакомить с основными векторами развития науки. Вполне возможно, то, что сегодня кажется фантастикой, завтра может стать реальностью, а послезавтра превратится в рутину.

Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».
Фото автора.

Деловые встречи

Раздвигая горизонты

В Москве состоялся XV Всероссийский научный форум «Мать и дитя»



В зале заседаний академика РАН Владислав Краснопольский и профессор Виктор Радзинский

значительно увеличивается после 26 недель беременности.

Около 70% недоношенных детей рождается в период 34-37 недель – это преждевременные роды с уже достаточно благоприятным перинатальным прогнозом. Поэтому все беременные с угрозой преждевременных родов должны госпитализироваться в акушерские стационары II-III уровня. Тактика при преждевременных родах должна включать подавление сократительной активности матки (токолиз), профилактику РДС (всегда в сроки от 24 до 34 недель, оптимальная длительность воздействия – 48 часов). При преждевременном излитии околоплодных вод следует придерживаться выжидательной тактики. После 34 недель и излития вод нужно отказаться от введения токолитиков и утеротоников.

К сожалению, допускаются ошибки при ведении преждевременных родов, такие как полипрагмазия, неправильное применение токолитиков, отсутствие профилактики РДС дексаметазоном, необоснованное родовозбуждение и стимуляция родовой деятельности при преждевременном излитии околоплодных вод без достаточных показаний, отсутствие токолиза в первом периоде родов (в 75% – быстрые и стремительные роды и родовой травматизм), низкая частота эффективного обезболивания.

По словам академика РАН Галины Савельевой, судя по официальным данным, частота преждевременных родов в РФ крайне низка, показатель выглядит в 3 раза лучше, чем на Западе. Создаётся впечатление, что как будто в России проблема невынашивания решена.

– Если мы хотим сдвинуть дело с места, – сказала академик, – надо писать правду, а не уменьшать вес родившихся массой тела более 500 г до 485 г, учитывая как аборт. Недоучёт есть и в Москве.

Г.Савельева поставила ещё один вопрос: как быть с кесаревым сечением в 24-25 недель,

перенашивание, врождённая и наследственная патология, гемолитическая болезнь плода.

Перинатальная заболеваемость и смертность при многоплодии значительно превышает таковую при одноплодной беременности. Специалисты отмечают 4-крат-



В кулуарах беседы продолжались

ное увеличение частоты внутриутробной гибели плода; 6-кратное увеличение неонатальной, 10-кратное увеличение перинатальной смертности, 3-7-кратное увеличение частоты церебрального паралича у детей из двойни и 10-кратное из тройни, высокий уровень осложнений со стороны матери, в 2-10 раз превышающий таковой у пациентки с одноплодной беременностью.

А многоплодие теснейшим образом связано с экстракорпоральным оплодотворением.

– Процесс развития вспомогательных репродуктивных технологий не остановить, – полагает Г.Савельева. – Число ЭКО увеличивается, а с ним и частота преждевременных родов.

Следовательно, по мнению академика, с целью профилактики многоплодной беременности должен производиться перенос только одного эмбриона (сейчас

постгипоксического синдрома. В период с 2009 по 2012 г. были пролечены 43 ребёнка с тяжёлой и средней степенью асфиксии. В отдалённом периоде практически здоровы оказались 23 ребёнка. У троих выявлен детский церебральный паралич, но это в 4 раза меньше, чем когда краниоцеребральная гипотермия не проводилась.

Но и перенашивание беременности отнюдь не безобидно. Оно увеличивает число кесарева сечения и число детей, нуждающихся в помощи отделения интенсивной терапии. Поэтому необходимо своевременное выявление признаков перенашивания, и при их наличии следует начинать родовозбуждение после 40 недель гестации. Если приступить к нему только в 41-ю неделю, женщина будет рожать на 42-й неделе. А в этом сроке возрастает риск асфиксии, аспирационного синдрома, гипоксически-ишемического поражения ЦНС. Однако, как подчеркнула Г.Савельева, это не значит, что в 40 недель надо у всех женщин возбуждать родовую деятельность, а только у тех, кто имеет признаки перенашивания.

Такое не назовёшь заурядным событием. На финише сентября наша страна – в лице Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая ассоциация России» присоединилась к глобальной инициативе «Альянс за будущее без кариеса» (ACFF), став 16-м участником.

О значении тесных межгосударственных контактов в медицине, умении не только чётко видеть глобальные проблемы, затрагивающие здоровье миллионов людей, но и ставить реальные сверхцели по их решению рассказал корреспонденту «Медицинской газеты» профессор Королевского колледжа и Университета Лондона, председатель ACFF Найджел Питтс.

– Если кратко, то чем продиктовано создание международного альянса и каковы его главные задачи?

– Кариес – самое распространённое хроническое заболевание на планете. Им страдают 5 млрд людей – почти 80% населения всех континентов. Международная группа экспертов год назад официально зарегистрировала социальную и благотворительную организацию – «Альянс за будущее без кариеса». Цель – объединить силы общественного здравоохранения и профессионального сообщества для активного противоборства с давним и распространённым недугом, который можно не только предотвратить, но и обратить, если уделять должное внимание профилактике и качественной гигиене полости рта. Участники альянса поставили перед собой непростые задачи:

– к 2015 г. 90% стоматологических университетов и ассоциаций должны принять и способствовать продвижению нового подхода «Кариес как непрерывно развивающееся заболевание» для улучшения профилактики кариеса и его контроля;

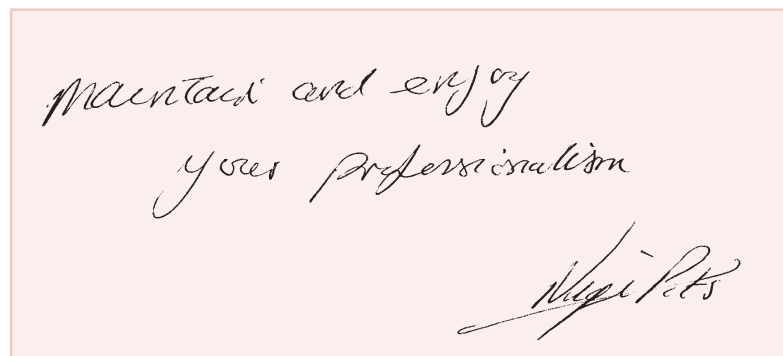
– к 2020 г. региональные члены альянса призваны интегрировать комплекс мер, отвечающих местным условиям, по профилактике кариеса, а также сформировать развитую систему мониторинга и менеджмента заболевания на локальном уровне;

– каждый ребёнок, рождённый в 2026 г., не должен быть поражён кариесом на протяжении всей своей жизни.

– Какие новые возможности открываются для российских стоматологов после вступления в международный альянс?

– Прежде всего, надо упомянуть электронную программу обучения плюс программное обеспечение, помогающее планировать лечение каждого пациента. Мы предлагаем стоматологам совершенно новую программу профессиональной подготовки, учитывающей систему оценки рисков возникновения кариеса, позволяющей точнее определить, какое лечение подходит в конкретном случае. Чем выше риск, тем более обширен набор превентивных мер, которые получает пациент. Материалы курса ратифицированы на многих языках, скоро они станут доступны и россиянам.

В борьбе с кариесом мы ориентируемся, прежде всего, на юное поколение. Но не забыты и взрослые, и люди старших воз-



Найджел ПИТТС:

Сверхцель – будущее без кариеса

растов. С российскими коллегами уже определены будущие шаги по распространению практики, накопленной в ряде регионов страны. Программы станут более обширными, более эмоциональными.

– Вы по специальности...

– Я по образованию стоматолог, научный работник. Работал сначала в Лондоне, потом – в Гонконге, затем возвратился в Великобританию. Много лет жил в Шотландии, 1,5 года назад снова вернулся в Лондон.

– Оглядываясь на прожитые годы, вы никогда не жалели, что у вас столь далёкая от покоя профессия – медицина?

– Сколько помню себя, ни разу не пожалел. Очень люблю свою работу и очень горд, что именно её избрал своей профессией.

– А что побудило надеть белый халат? Чей-то пример?..

– Похоже, в моём ДНК была запрограммирована такая «слабость»... Конечно, сказались и семейная традиция. Потому что мой дед, мой отец, моя сестра – все стоматологи. Можно говорить о многолетней семейной традиции.

– Она получит своё продолжение, как вы полагаете?

– В нашей семье мы стремились предоставлять детям, когда они росли, право выбора – кем стать, какому делу посвятить себя. У меня три сына. Один решил связать свою судьбу с медициной, стал врачом общей практики. Другой занимается недвижимостью. Третий пилотирует самолёты. Так что собралась интересная команда...

– Не секрет: престиж врача сегодня несколько поколеблен. Не так уж редки сетования: «Медицина – сфера служения, а не обслуживания...». Ситуация, надо полагать, знакома не только российским медикам. Как вернуть высокий престиж человека в белом халате?

– Эта тема так или иначе красной нитью проходила через беседы, которые состоялись у меня здесь, в Москве с российскими коллегами. Многочисленные встречи убедили: в России большое число профессиональных и вдохновлённых своей профессией стоматологов, которые заботятся не только о здоровье своих пациентов, но и о повышении уровня

медицинского обслуживания населения в целом. Есть, конечно, свои сложности, но нельзя не замечать энтузиазма и стремления преодолеть преграды. Мы как раз снова и снова и размышляли о том, как профессионалы, собравшись вместе, могут улучшить общее состояние здоровья населения. Ведь это наглядный способ продемонстрировать результативность своей работы, своей необходимости.

Добавлю лишь: из врача частной практики, который изо дня в день встречался с пациентами, помогая им справиться с недугом, я переквалифицировался во врача общей практики и последние годы занимаюсь вопросами здравоохранения «без границ».

Мы, как врачи, должны служить и пациентам, и населению в общем масштабе.

– Как сохранить в душе отзывку на чужую боль? Как не выгореть раньше времени? Беседа с известным российским педиатром, услышал: «Если только я почувствую равнодушие к больному ребёнку, как медик сразу же сочту – уже не имею права называться врачом»... Ваша позиция?

– Думаю, что это очень хороший, мудрый вывод многоопытного специалиста. У меня лично, как врача, такой проблемы не возникало. Могу лишь заметить: один из наилучших способов поддержания высокого уровня профессионализма как раз и является – объединение коллег для помощи пациентам – в отдельных случаях или группам пациентов. Врачи, особенно занятые частной практикой, порой чувствуют себя как бы изолированными от других. Вот тогда-то и появляются подобные проблемы...

– Как удаётся при ваших масштабных заботах сохранить блеск в глазах, ту неподдельную заинтересованность в результатах, которая от вас исходит? Как удаётся сохранять интерес к жизненным проблемам?

– Моя личная мотивация в том, что я по-прежнему занимаюсь исследованиями и пытаюсь перенести результаты таких исследований на практику. Обеспечиваю взаимодействие научных поисков и практической работы. Важна цель, которую при этом ставишь.

Философ Сенека когда-то заметил: «Когда человек не знает, к какой пристани он держит путь, для него ни один ветер не будет попутным»... Мы же поставили перед собой прекрасную сверхзадачу, которая объединяет нас.

– Вы – автор ряда интересных изобретений, одно из них обещает полностью изменить характер работы стоматолога. Несколько слов об этом...

– Традиционное лечение зубов я бы уподобил бесконечному ремонту: за каждым циклом сверления и пломбирования неизбежно следует новая «починка». Задумался – а можно ли обойтись без бормашин и пломб?.. И, похоже, нашёл своё решение, совместно с коллегами в Великобритании. Как оказалось, можно быстро и безболезненно заживлять зубную эмаль, используя слабые разряды электрического тока. Экспериментально подтверждено: метод «электрической реминерализации» зуба способствует резкому ускорению естественного процесса насыщения эмали кальцием и фосфатом.

В стоматологии электрический ток давно используется для оценки состояния пульпы и зубного нерва пациентов, но в новом аппарате врачам придётся иметь дело с гораздо меньшей силой тока. Пациент даже не ощутит разряда. Процедура выглядит следующим образом: слабый электрический разряд после предварительной подготовки эмали «проталкивает» минеральные вещества в зубную ткань, восстанавливая эмаль повреждённого участка. Надеюсь, что новшество пропишется в кабинетах стоматологов года через три. Пока же идёт поиск необходимых инвестиций.

– Сейчас модно говорить о здоровом образе жизни. Вы следуете этим призывам? Каким образом поддерживаете личную физическую форму?

– Конечно же, я стремлюсь придерживаться общих правил здоровой жизни. Но не слепо всем модным тенденциям. Разумеется, стараюсь применять в своей жизни правила, которые касаются правильного питания, физических упражнений, иначе проблем не избежать... Стараюсь использовать фторированную воду, пользуюсь зубными пастами,

обогащёнными фторидами. К сожалению, пришлось расстаться с активными занятиями спортом. Раньше увлекался такой игрой, как сквош... По-прежнему плаваю.

– А как отдыхаете?

– Обычно обхожусь без передышек. Для отдыха попросту нет времени. Впрочем, мне этого и не нужно. Но семья, конечно же, следит, чтобы я не злоупотреблял своими рабочими заботами. Если я в семейном кругу, – то отдыхаю от всех проблем. Встречаюсь, мы обычно выключаем телевизор. Нам есть о чём поговорить, что обсудить. Беседуем, гуляем. Порой идём в кинотеатр.

– Ваши увлечения?

– Всегда любил заниматься фотографией. Урывками занимаюсь этим и сейчас – и аналоговой, и цифровой... Музыка?... Мне больше по душе классика. Признаю и современную музыку, но, честно говоря, то, что нравится сегодня детям – самая-самая современная музыка, меня не трогает... Порой жалею, что в школьные годы не научился играть на каком-нибудь инструменте.

Литература – это часть моей жизни. Но книги, та же поэзия требуют много времени. А у меня его явный дефицит... Если говорить о хобби, то, разумеется, это и стремление постоянно быть в гуще событий, которые происходят в мире.

– Мы с вами уже не самые молодые люди. Довлеет ли над вами возраст? Чувствуете ли порой, выражаясь словами Данте, «сумрачный лес» прожитых лет?

– Я очень счастливый человек. За прошедшие годы я приобрёл много опыта, и у меня есть большое желание применить его, воплотить в годы грядущие. Некоторые из моих коллег поговаривают о том, что готовы уйти от дела, собираются на пенсию... Я не понимаю таких.

– Если бы не медицина, вы никогда не задавали себе такого вопроса: кем вы могли стать?

– Наверное, инженером. Люблю машины. Не прочь иногда поводить с мотором. Естественно, чувствую себя отлично за рулём...

– Каковы, на ваш взгляд, слабые творческого долголетия? Что посоветовали бы своим коллегам, если речь зашла о том, как не расплескать жизненный тонус?

– Прежде всего, надо любить дело, которое ты делаешь, которым ты занят. Этим отличаются практически все профессионалы-долгожители. Если ты разочаровался в том, чем занимаешься, может быть, стоит попытаться переориентироваться на что-то иное.

– Любимый тост?

– Из Шотландии привёз тост: Slàinte Mhath! За здоровье!..

– Девиз по жизни?

– Что нас не убивает, делает нас сильнее...

– И в заключение: что бы вы пожелали российским коллегам?

– Развивайтесь и наслаждайтесь работой!..

Беседу вёл
Михаил ГЛУХОВСКИЙ,
корр. «МГ».

Фото автора.

Полное или частичное воспроизведение или размножение каким-либо способом материалов, опубликованных в настоящем издании, допускается только с письменного разрешения редакции газеты.

Материалы, помеченные значком , публикуются на правах рекламы. За достоверность рекламы ответственность несёт рекламодатель.



Главный редактор А.ПОЛТОРАК.
Редакционная коллегия: Ю.БЛИЕВ, В.ЕВЛАНОВА, В.ЗАЙЦЕВА, А.ИВАНОВ, В.КЛЫШНИКОВ, Т.КОЗЛОВ, Д.НАНЕИШВИЛИ, А.ПАПЫРИН, Г.ПАПЫРИНА, В.САДКОВСКИЙ (зам. главного редактора – ответственный секретарь), И.СТЕПАНОВА, А.ХИСАМОВ (первый зам. отв. сек.), К.ЩЕГЛОВ (первый зам. главного редактора).
Директор-издатель В.МАНЯКО.
Дежурный член редколлегии – Ю.БЛИЕВ.

Справки по тел. 8-495-608-86-95. Отдел информации – 8-495-608-76-76.
Рекламная служба – 8-495-608-88-64, 8-495-608-85-44, 8-495-608-69-80 (тел./факс).
Адрес редакции, издателя: Б. Сухаревская пл., 1/2, Москва 129090
E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения). «МГ» в Интернете: www.mgzt.ru
ИНН 7702036547, КПП 770201001, р/счет 40702810738090106416, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225
ОАО «Сбербанк России» г. Москва

Отпечатано в ЗАО «ПК «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1.

Заказ № 14-08-00414
Тираж 34 985 экз.
Распространяется по подписке в России и других странах СНГ.

Корреспондентская сеть «МГ»: Благовещенск (4162) 516190; Брянск (4832) 646673; Кемерово (3842) 354140; Нижний Новгород (831) 4320850; Новосибирск (3832) 262534; Омск (3812) 763392; Самара (8469) 517581; С.-Петербург 89062293845; Смоленск (4812) 677286; Ставрополь 89288121625; Чита (3022) 263929; Уфа (3472) 289191; Киев (1038044) 4246075; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675; Ханану (Германия) (1049) 618192124.

Газета зарегистрирована Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций. Свидетельство о регистрации: ПИ № 77-7581 от 19 марта 2001 г. Учредитель: ЗАО «Медицинская газета».

Подписные индексы в Объединённом каталоге «Пресса России»: 50075 – помесечная, 32289 – полугодовая, 42797 – годовая.