



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(Минздрав России)

МИНИСТР

Рахмановский пер., 3, г. Москва, ГСП-4, 127994
тел.: 628-44-53, факс: 628-50-58

22.01.2013 № 12-7/10/1-232

На № _____ от _____

Председателю
Государственной Думы
Федерального Собрания
Российской Федерации

С.Е. Нарышкину

О направлении ответов
на вопросы к «правительственному часу»

Уважаемый Сергей Евгеньевич!

Министерство здравоохранения Российской Федерации направляет ответы на вопросы депутатов Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации (далее – Государственная Дума) к «правительственному часу» на заседании Государственной Думы 23 января 2013 года.

В целях обеспечения информирования граждан Российской Федерации и средств массовой информации о деятельности Минздрава России прошу дать поручение организовать размещение указанных материалов на официальном портале Государственной Думы в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет».

Приложение: на 84 л. в 1 экз.

*С изюбом и уважением,
Сивдимова*

В.И. Скворцова

Корунчиков А.И.
(495)628-28-58



231042 988104
Государственная Дума ФС РФ
Дата 23.01.2013 Время 10.40
№210272-6: 1 1

Вопросы Министру здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцовой, поступившие от депутатов Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации

1. В Российской Федерации была начата разработка концепции по лекарственному страхованию и планировалось ее принятие в 2010 году, но по инициативе Минздравсоцразвития перенесено на 2013-2015 гг. Изменилась ли позиция вновь образованного Министерства здравоохранения Российской Федерации и будет ли продолжена разработка концепции лекарственного страхования в Российской Федерации? (депутат Натхо Р.Х.)

Во исполнение подпункта б пункта 2 Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения», Министерством здравоохранения Российской Федерации совместно с заинтересованными ведомствами, субъектами Российской Федерации и общественными организациями разработан проект Стратегии лекарственного обеспечения населения в Российской Федерации до 2025 г. и план её реализации.

Проект Стратегии разработан в целях дальнейшего совершенствования эффективности и рациональности лекарственного обеспечения граждан Российской Федерации и повышения доступности для них необходимых лекарственных препаратов.

Согласованный проект Стратегии был внесен Минздравом России в Правительство Российской Федерации в установленном порядке 30 ноября 2012 г.

Данный проект рассматривался на совещании у заместителя Председателя Правительства Российской Федерации О.Ю. Голодец 24 декабря 2012 г., на котором было признано целесообразным одобрить в целом цели проекта Стратегии и предусмотренные задачи.

Кроме того, принято решение о целесообразности утверждения Стратегии лекарственного обеспечения населения в Российской Федерации до 2025 г. и плана её реализации ведомственным актом Минздрава России после доработки с учетом состоявшихся обсуждений и консультаций в Правительстве Российской Федерации.

Данный проект Стратегии был в целом одобрен на совещании у Председателя Правительства Российской Федерации Д.А. Медведева 25 декабря 2012г.

2. Предполагается ли при введении лекарственного страхования повышение взносов в Фонд обязательного медицинского страхования?

В настоящее время Минздравом России продолжается работа по созданию методической базы для расчетов реальных финансовых потребностей в рамках совершенствования лекарственного обеспечения с учетом предлагаемых моделей и организационных схем.

Данный вопрос в настоящее время прорабатывается совместно с заинтересованными федеральными органами исполнительной власти с учетом параметров финансирования одобренной Правительством Российской Федерации 15 ноября 2012 года Государственной программы «Развитие здравоохранения до 2020 г.».

Отработка механизмов повышения доступности лекарственных средств в амбулаторном звене будет осуществлена в рамках пилотных проектов, включенных в реализацию Стратегии. Прежде всего, пилотные проекты будут направлены на внедрение новых методов формирования и поддержания цен на лекарственные препараты, а также на устранение межрегиональных различий в уровне доступности к лекарствам. Рассматривается также пилотный проект по повышению доступности к лекарствам, обеспечивающим профилактику жизнеугрожающих состояний, для лиц, страдающих хроническими заболеваниями. Планируется рассмотреть разные механизмы добровольного лекарственного страхования и накопительной «лекарственной» системы.

3. Когда будет расширен перечень наименований бесплатных лекарственных препаратов для участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС? (депутат Аникеев Г.В.)

Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств и изделий медицинского назначения утвержден постановлением Правительства Российской Федерации от 14 февраля 2002 г. № 103 для бесплатного приобретения гражданами, постоянно проживающими (работающими) на территории зоны проживания с правом на отселение, в соответствии с пунктом 19 части первой статьи 18 Закона Российской Федерации «О социальной защите граждан, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС».

Действующая по состоянию на декабрь 2012 года редакция статьи 18 Закона Российской Федерации от 15 мая 1991 года № 1241-1 «О социальной защите граждан, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС» не содержит законодательных оснований для издания либо обновления такого перечня.

Вместе с тем, статья 24 «Организация медицинского обслуживания и радиационной защиты лиц, пострадавших в результате катастрофы на Чернобыльской АЭС» упомянутого Закона предусматривает организацию медицинского и лекарственного обслуживания граждан, пострадавших вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС, в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации

бесплатной медицинской помощи, а также обязательное специальное медицинское наблюдение (диспансеризацию) в течение всей жизни

Указанным гражданам также гарантируются медицинские и лекарственные услуги в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования, на всей территории Российской Федерации по предъявлении страхового медицинского полиса.

Согласно статье 80 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи не подлежат оплате за счет средств граждан лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов в соответствии с Федеральным законом от 12 апреля 2010 года № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств», и медицинские изделия, которые предусмотрены стандартами медицинской помощи.

Кроме того, согласно статье 6.7 Федерального закона от 17.07.1999 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» лица, подвергшиеся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС, а также вследствие ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне, и приравненные к ним категории граждан имеют право на предоставления набора социальных услуг, в который входит лекарственное обеспечения в соответствии с утверждаемым Министерством перечнем.

Также обращаем внимание, что Минздрав России планирует в перспективе законодательно закрепить полномочия по утверждению порядков формирования различных перечней лекарственных средств, предусмотренных законодательством Российской Федерации, для их системного пересмотра.

Соответствующий законопроект в настоящее время дорабатывается с учетом поступивших поручений Правительства Российской Федерации и согласовывается заинтересованными федеральными органами исполнительной власти.

4. Какие основные отличия в лекарственном обеспечении инвалидов предполагаются после принятия Стратегии лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 года?

Каким будет являться соплатеж со стороны инвалида, если он является неработающим или работающим, нуждается в приобретении лекарственного средства «основного» или «не основного» заболевания.

Будет ли возможность приобретать льготные лекарства в любой аптеке?

Одним из основополагающих принципов государственной политики является сохранение в полном объеме существующих государственных гарантий в сфере лекарственного обеспечения.

Таким образом, пациенты (инвалиды), получающие в настоящее время лекарственные препараты за счет средств бюджетов различных уровней, сохранят это право в дальнейшем.

После реализации пилотных проектов в отдельных субъектах Российской Федерации и введения референтных цен на возмещаемые лекарственные препараты с учетом соплатежей выбранных категорий населения планируется масштабирование рациональных моделей лекарственного обеспечения в амбулаторных условиях в масштабах всей страны, что позволит повысить доступность необходимых лекарственных препаратов для населения.

Выбор аптек, в которых возможно получение льготных лекарств, относится к полномочиям каждого субъекта Российской Федерации и определяется конкретными потребностями региона. При этом основным условием, требующим обязательного учета, является обеспечение доступности лекарств для льготных категорий граждан.

5. Учитывая, что в Стратегии лекарственного обеспечения населения Российской Федерации четко определено, что льготное лекарство выдается только при наличии выписанного рецепта, имеет ли право врач выписать рецепт на лекарственные средства, которые продаются в аптеках без рецепта? При этом может возникнуть вопрос, какая часть лекарственных средств, входящих в Перечень жизненно важных лекарственных средств (ЖВЛС), являются безрецептурными?

Около 10%. При этом для льготного получения любого лекарства, независимо от того, является ли оно рецептурным или безрецептурным, необходима его выписка на специальном учетном бланке.

6. Известно, что закупки импортного медицинского оборудования зачастую связаны со злоупотреблениями. Свидетельством тому является недавний случай с закупкой зарубежных томографов. Между тем, отечественные производители, в частности, ГК «Ростехнологии», наладили выпуск высокотехнологичных томографов, а также целого спектра современного медицинского оборудования. В какой мере продукция отечественного производителя востребована российским здравоохранением? (депутат Гутенев В.В.)

В соответствии с частью 2 статьи 50 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации осуществляется за счет средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, средств бюджетов субъектов Российской Федерации и

бюджетов территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

На основании Федерального закона от 21.07.2005 № 94-ФЗ «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд» (далее - Федеральный закон от 21.07.2005 № 94-ФЗ), размещение заказов на поставку медицинского оборудования, финансирующихся за счет средств федерального бюджета или бюджетов субъектов Российской Федерации, осуществляется исключительно путём проведения торгов.

Порядок формирования начальных (максимальных) цен контрактов (цен лотов) на отдельные виды медицинского оборудования для целей их включения в документацию о торгах на поставку такого оборудования утвержден постановлением Правительства Российской Федерации от 03.11.2011 № 881.

По данным Федерального фонда обязательного медицинского страхования, в настоящее время исполняются государственные контракты и осуществлены поставки 288,3 тыс. единиц медицинских изделий, что выше исходного плана закупок в 2011-2012 годах. Экономия средств при конкурсных процедурах превысила 30%. При этом около 16% медицинских изделий поставлены в учреждения здравоохранения отечественными производителями.

По вопросу налаживания выпуска высокотехнологичных томографов, а также целого спектра современного медицинского оборудования необходимо пояснить следующее.

Минздрав России неоднократно отмечал, что создание на взаимовыгодных условиях совместных предприятий, компаний, акционерных обществ с зарубежным участием в целях воспроизведения лучших образцов медицинских изделий путем трансфера технологий их производства является одним из признанных направлений стратегии модернизации и инновационного развития отечественной медицинской промышленности.

В связи с вышеизложенным, инициатива Государственной корпорации «Ростехнологии» по локализации производства на территории Российской Федерации высокотехнологичного медицинского оборудования и ее компонентов, должна быть поддержана.

Вместе с тем, предпринимаемые меры для такой локализации не должны негативно сказываться на конечном потребителе медицинских услуг, оказываемых с применением таких медицинской изделий. Требования к качеству медицинского оборудования абсолютно одинаковы для отечественного и зарубежного производителей.

Важно отметить, что в настоящее время закупки медицинского оборудования не осуществляются централизованно, субъекты Российской Федерации самостоятельно организуют закупку медицинского оборудования и выбирают то, которое, по их мнению, наиболее отвечает потребностям

региона в том или ином виде оборудования, а также требованиям персонала, который осуществляет работу с его использованием.

7. В российских аптеках усиленно рекламируются и выставляются на торговых витринах в подавляющем большинстве только дорогостоящие импортные препараты. А их отечественные аналоги, которые не только в несколько раз дешевле, но зачастую и по качеству лучше зарубежных (так как требования государственной российской фармакопеи одни из самых жестких в мире) на витрины не выставляются даже в виде муляжей. Эта политика направлена на добывание остатков отечественной фармацевтической промышленности и откровенное лоббирование зарубежных конкурентов за счёт российских потребителей. Почему Министерство здравоохранения Российской Федерации не принимает мер в этом направлении?

При выкладке в аптеках лекарственных препаратов либо информации о них фармацевтические работники не должны нарушать норм статьи 74 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в которой определены ограничения, налагаемые на фармацевтических работников при осуществлении ими профессиональной деятельности.

В частности, для фармацевтических работников и руководителей аптечных организаций установлены запреты на заключение с компанией (представителем компании) соглашения о предложении населению определённых лекарственных препаратов, а также по предоставлению населению недостоверной, неполной или искаженной информации о наличии лекарственных препаратов, имеющих одинаковое международное непатентованное наименование.

Таким образом, хотя вышеуказанный Федеральный закон напрямую не запрещает использование рекламной продукции в аптечной организации, если фармацевтический работник одновременно с наличием в аптечной организации большого количества разнообразной рекламной продукции конкретного лекарственного препарата конкретного производителя предлагает населению именно этот товар, данное действие работника может быть расценено как договор (соглашение) с фармацевтической компанией.

В настоящее время Минздравом России подготовлен документ, обязывающий каждую организацию, оказывающую фармацевтические услуги, визуализировать полный перечень имеющихся непатентованных наименований лекарств с раскрытием для каждого непатентованного наименования имеющегося ассортимента торговых марок и соответствующих цен по прейскуранту. Это обеспечит информирование покупателей о полном спектре возможностей.

Также обращаем внимание, что вопросы нормативно-правового регулирования вопросов рекламы, а также контроля за исполнением

законодательства Российской Федерации в данной области входят в компетенцию Федеральной антимонопольной службы.

8. Союз машиностроителей России выступил с инициативой массового добровольного донорства крови. В настоящее время эту инициативу реализуют более 40 региональных отделений Союза от Калининграда до Хабаровска. Каково состояние отечественной службы крови и в какой мере подобные инициативы способны ей помочь? (депутат Гутенев В.В.)

Данная инициатива соответствует положениям принятого федерального закона «О донорстве крови и ее компонентах», в основе которого заложено добровольное безвозмездное донорство.

Министерство здравоохранения Российской Федерации и Федеральное медико-биологическое агентство, в соответствии с ежегодно утверждаемыми постановлениями Правительства Российской Федерации, осуществляет масштабную Программу по развитию массового донорства крови и ее компонентов. Она предусматривает организацию и финансирование мероприятий, направленных на повышение количества заготавливаемой крови и ее компонентов и увеличения числа доноров.

Важность программы заключается в том, что кровь и ряд ее компонентов не могут быть синтезированы искусственным путем, поэтому доноры крови – единственный источник жизни для миллионов больных тяжелыми заболеваниями, а также пострадавших в различных авариях и катастрофах.

Программа включает три направления: оснащение станций переливания крови современным оборудованием, создание единой информационной базы и развитие массового безвозмездного донорства.

Для заготовки крови в выездных условиях с 2008 года поставляется мобильный комплекс забора крови (МКЗК), который позволяет работать на выезде, вдали от стационарных медицинских пунктов.

Самым важным итогом реализации программы – это осознание национальных особенностей донорства в России и удовлетворение потребности «клиники» каждого субъекта Российской Федерации в компонентах крови, кроме городов-мегаполисов.

В результате проведенных мероприятий увеличились объемы заготовки крови и ее компонентов:

	2007 год	2011 год	%
Заготовлено крови всего	1 732 935,5	1 845 179,7	+6,5
Заготовлено плазмы всего	463 114,4	902 673,3	+94,9
В том числе методом плазмафереза аппаратного	96 463,2	184 175,7	+90,93

Число доноров плазмы	255 678	263 374	+3
----------------------	---------	---------	----

В 2012 году на модернизацию службы крови из федерального бюджета выделено 5 млрд. рублей. Создана инфраструктура для коммуникации: портал Службы крови и «Горячая линия» 8 800 333-33-30, где каждый желающий круглосуточно может получить консультацию по вопросам донорства крови и ее компонентов (По России звонок бесплатный).

Дальнейшая реализация программы развития службы крови может осуществляться по нескольким направлениям, в том числе:

1. Оснащение медицинским оборудованием учреждений службы крови субъектов Российской Федерации и федеральных государственных учреждений. Сегодня полное переоснащение необходимо 47 региональным станциям переливания крови, которые не участвовали в Программе 2008–2011 гг.

2. Развитие и ведение единой информационной базы донорства крови и ее компонентов. Работа по формированию базы идет полным ходом.

20 января 2013 года вступил в силу подготовленный Минздравом России новый Федеральный закон «О донорстве крови и ее компонентов». Данный Федеральный закон создает необходимую нормативную правовую базу для дальнейшего развития донорства крови в России.

Инициатива Союза машиностроителей по развитию безвозмездного донорства очень высоко оценивается и приветствуется.

9. Считаете ли Вы необходимым разработать и внести поправки в существующее законодательство по охране здоровья граждан и др. для формирования системы социально-экономической мотивации здоровых граждан по укреплению и сохранению своего здоровья и работодателей - по укреплению здоровья работающих граждан. Когда и в какой срок? (депутат Дорофеев СБ.)

В части, касающейся обязанностей работодателей заботиться о здоровье работников, отмечаем, что Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» предусмотрен ряд мер, осуществляемых работодателями на этом направлении. К их числу можно отнести положения о создании здравпунктов на производствах, а также обязанность работодателя отпускать работника для прохождения диспансеризации.

Указанный перечень мер, по нашему мнению, может быть расширен при рассмотрении Государственной Думой проекта федерального закона «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации»».

Кроме того, в соответствии с п. 3 статьи 30 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан

Российской Федерации» формирование здорового образа жизни у граждан начиная с детского возраста обеспечивается путем проведения мероприятий, направленных на информирование граждан о факторах риска для их здоровья, формирование мотивации к ведению здорового образа жизни и создание условий для ведения здорового образа жизни, в том числе для занятий физической культурой и спортом.

Одним из основных механизмов реализации мероприятий по обеспечению приоритета профилактики в сфере охраны здоровья является реализация информационно-коммуникационной кампании.

В задачи коммуникационной программы входит формирование ценности здоровья и ответственного отношения к собственному здоровью и здоровью членов семьи, донесение необходимости соблюдения принципов здорового образа жизни, таких как здоровое питание, активный образ жизни, своевременное профилактическое обследование взрослых и детей, отказ от употребления алкоголя и табака.

10. Каким образом Министерство здравоохранения Российской Федерации участвует в надзоре за соблюдением требований по проведению предсменных, предрейсовых, послесменных, послерейсовых медицинских осмотров на воздушном, железнодорожном, водном и автомобильном транспорте (включая такси), в том числе и сотрудников иностранных компаний, осуществляющих перевозки на территории РФ? (депутат Шемякин В.Л.)

Министерство здравоохранения Российской Федерации не является уполномоченным органом исполнительной власти, осуществляющим контроль и надзор за соблюдением законодательства по проведению предсменных, предрейсовых медицинских осмотров и послесменных, послерейсовых медицинских осмотров.

Сегодня действует приказ Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 N 302н «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда» (зарегистрирован Минюстом России 21.10.2011 № 22111), который будет переработан до ноября 2013 г. с учетом положений федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. и практики правоприменения.

Кроме этого, Государственной Думой РФ принят в первом чтении законопроект «О внесении изменений в Федеральный закон «О безопасности дорожного движения» и Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях по вопросам медицинского обеспечения безопасности дорожного движения».

Принятие данного закона позволит установить:

перечень медицинских противопоказаний, при наличии которых гражданину запрещается управлять транспортными средствами;
порядок проведения медицинских осмотров предрейсовых, послерейсовых; медицинских освидетельствований: для профессиональных водителей – раз в два года, для любителей – раз в пять лет.

Кроме этого, наличие медицинских противопоказаний (ограничений) к управлению транспортными средствами будет являться новым основанием прекращения действия права на управление транспортными средствами.

Отдельной статьей законопроекта определена мера административного наказания за нарушение порядка обязательного медицинского освидетельствования кандидатов в водители и водителей транспортных средств, а также обязательных предварительных (при поступлении на работу) и периодических (в течение трудовой деятельности), предрейсовых и послерейсовых медицинских осмотров.

В целях подготовки к реализации данного федерального закона проект приказа Минздрава России «Об утверждении порядка проведения предсменных, предрейсовых медицинских осмотров и послесменных, послерейсовых медицинских осмотров» проходит внутриведомственное согласование и размещен на официальном сайте Министерства для его публичного обсуждения.

Сотрудники иностранных компаний, осуществляющих перевозки на территории Российской Федерации, осуществляют свою деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

11. Какие предложения имеются у Министерства здравоохранения Российской Федерации по уточнению перечня заболеваний, препятствующих поступлению на государственную гражданскую службу и муниципальную службу или ее прохождению? (депутат Шемякин В.Л.)

В настоящий момент действует приказ Минздравсоцразвития РФ от 14.12.2009 № 984-н «Об утверждении Порядка прохождения диспансеризации государственными гражданскими служащими Российской Федерации и муниципальными служащими, перечня заболеваний, препятствующих поступлению на государственную гражданскую службу Российской Федерации и муниципальную службу или ее прохождению, а также формы заключения медицинского учреждения» (зарегистрировано в Минюсте РФ 29.12.2009 № 15878).

По мнению Минздрава России, необходимости в корректировке данного документа в настоящее время отсутствует. При наличии каких-либо вопросов, связанных с реализацией данного приказа, Министерство готово их рассматривать в установленном порядке.

12. Какие меры предпринимает Министерство по увеличению финансирования работы скорой помощи за счет бюджетных средств?
(депутат Сенаторова Е.Н.)

В соответствии с Федеральным законом от 06.10.1999 № 184-ФЗ «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» организация оказания специализированной скорой медицинской помощи относится к полномочиям органов государственной власти субъектов Российской Федерации, осуществляемых ими самостоятельно за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации.

Статьей 83 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» финансовое обеспечение оказания гражданам скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи осуществляется за счет:

бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации, выделяемых на финансовое обеспечение реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (в части медицинской помощи, не включенной в территориальные программы обязательного медицинского страхования, а также расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную в территориальных программах обязательного медицинского страхования);

бюджетных ассигнований федерального бюджета, выделяемых федеральным медицинским организациям, включенным в перечень, утвержденный уполномоченным федеральным органом исполнительной власти (в части медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, а также расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную в базовую программу обязательного медицинского страхования).

Кроме того, с 1.01.2013 введён новый внебюджетный источник финансирования оказания скорой медицинской помощи - средства обязательного медицинского страхования, который позволит снизить нагрузку на соответствующие бюджеты.

Объем ассигнований на финансовое обеспечение скорой медицинской помощи ежегодно увеличивается. Соответствующие расходы составили:

в 2009 году – 62,5 млрд. рублей,

в 2010 году – 65,0 млрд. рублей,

в 2011 году – 73,9 млрд. рублей.

в 2012 году расходы на эти цели оцениваются 77,7 млрд. рублей, в 2013 году – 82,6 млрд. рублей.

13. Будет ли рассматриваться на федеральном уровне вопрос увеличения суммы средств, направляемой на оплату набора социальных услуг, в том числе на оплату предоставления льготной категории граждан путевок на санаторно-курортное лечение, осуществляемое в целях профилактики основных заболеваний? (депутат Аникеев Г.В.)

Минтруд России реализует полномочия по регуляции социальных льгот гражданам страны.

Санаторные путевки для льготных категорий граждан приобретаются за счет средств федерального бюджета. С 2006 года эти средства выделяются пропорционально числу льготников, не отказавшихся от права получения набора социальных услуг. Каждый год уменьшается процент обеспечения льготников, состоящих в очереди на получение путевки.

Стоимость одной путевки в 2011 году составляла в среднем 14829 рублей. Согласно части 1 статьи 65 Федерального закона от 17 июля 1999 года № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» на оплату социальной услуги (предоставление путевки на санаторно-курортное лечение) гражданину направляется 84 рубля в месяц (1008 рублей в год). Сумма средств, направляемая на оплату предоставляемого гражданину набора социальных услуг (социальной услуги), индексируется в порядке и сроки, которые установлены законодательством Российской Федерации для индексации ежемесячных денежных выплат.

14. Когда будут урегулированы вопросы в финансировании, касающиеся медицинских учреждений Федерального медико-биологического агентства России, расположенных в закрытых административно-территориальных образованиях, учитывая постановление Правительства Российской Федерации от 22 февраля 2012 г. № ВП-П-999, в части:

-обеспечения отдельных категорий граждан лекарственными

препаратами, изделиями медицинского назначения, а также специализированными продуктами лечебного питания детей-инвалидов;

-повышения заработной платы врачам-терапевтам и медицинским сестрам участковых цеховых врачебных участков;

-дополнительных выплат врачам специалистам амбулаторно-поликлинического и стационарного звена;

-обеспечения жильем отдельных категорий медицинских работников. (депутат Герасимова Н.В.)

Льготное лекарственное обеспечение граждан Российской Федерации, в том числе и жителей ЗАТО, являются полномочиями субъектов Российской Федерации и регулируются Постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июля 1994 г. № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения

населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения» и Федеральным законом от 17 июля 1999 г. № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи». Этим правом в ЗАТО пользуются 65 183 человека.

Кроме того, Распоряжением Правительства Российской Федерации от 22 декабря 2012 г. № 2494-р «О распределении в 2012 году иных межбюджетных трансфертов, предоставляемых из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на реализацию отдельных полномочий в области лекарственного обеспечения населения закрытых административно-территориальных образований, обслуживаемых федеральными государственными бюджетными учреждениями здравоохранения, находящимися в ведении Федерального медико-биологического агентства» бюджетам субъектов Российской Федерации на реализацию отдельных полномочий в области лекарственного обеспечения ЗАТО обслуживаемых Федеральными государственными бюджетными учреждениями, находящимися в ведении ФМБА России, выделяются дополнительные средства. В 2012 году выделено 231 млн. 386 тыс. рублей.

Дополнительные выплаты врачам специалистам амбулаторно-поликлинического звена, а также выплаты в рамках национального проекта «Здоровье» врачам участковым терапевтам и участковым медицинским сестрам в 2013 году сохраняются и будут погружены в тариф на оплату медицинской помощи по ОМС.

Повышение заработной платы врачам и медицинским сестрам цеховых врачебных участков осуществляется в рамках реализации мероприятий по повышению к 2018 году средней заработной платы врачей до 200 % от средней заработной платы в соответствующем регионе во исполнение п. 1а абз. 5 Указа Президента Российской Федерации В.В. Путина от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики».

Вопрос обеспечения жильем медицинских работников регулируется в соответствии с действующим законодательством.

15. Предусмотрено ли на 2013 год Министерством здравоохранения Российской Федерации продление дополнительных выплат врачам участковой службы, скорой помощи и фельдшерско-акушерских пунктов?

С 2013 года финансовое обеспечение ряда направлений приоритетного национального проекта «Здоровье» будет осуществляться в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования (расходы на финансовое обеспечение оказания дополнительной медицинской помощи, оказываемой врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачей-терапевтов участковых, врачами-педиатрами

участковых, медицинскими сестрами врачей общей практики (семейных врачей), а также медицинским персоналом фельдшерско-акушерских пунктов, врачами, фельдшерами и медицинскими сестрами скорой медицинской помощи и другие направления) за счет средств обязательного медицинского страхования.

16. Имеется ли в Министерстве здравоохранения Российской Федерации общий открытый список граждан Российской Федерации, направленных на лечение за пределы территории Российской Федерации за счет средств федерального бюджета, с указанием их фамилий, адресов проживания, стран посещения и выделенных для них денежных средств? (депутат Шемякин В. Л.)

Направление граждан Российской Федерации на лечение за пределы территории Российской Федерации осуществляется в случаях, когда необходимая медицинская помощь не может быть оказана в условиях российских клиник. В основном – это трансплантация сердца детям, не проводимая в настоящее время Российской Федерации в связи с отсутствием регламентирующих нормативных правовых актов, и трансплантация костного мозга от неродственных доноров.

Оплата лечения за рубежом осуществляется за счет средств федерального бюджета. Оплачивается не только лечение в иностранной организации, но и проезд пациента и сопровождающего его лица к месту лечения и обратно, а также расходы по найму жилого помещения.

Правила оплаты лечения за рубежом и порядок направления граждан на лечение в зарубежные клиники регламентированы постановлением Правительства Российской Федерации от 15 февраля 2008 г. № 72 и Административным регламентом, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 19.12.2011 № 1571н.

Все обращения граждан по вопросу направления на лечение за пределы территории Российской Федерации и прилагаемые к ним документы, поступающие в Минздрав России, рассматриваются в обязательном порядке. В случае наличия оснований для предоставления государственной услуги гражданину Российской Федерации, вопрос о его направлении на лечение за рубеж рассматривается специально созданной в Минздрав России Комиссией. Решения Комиссии оформляются соответствующими протоколами, выписки из которых направляются в адрес обратившихся граждан. Комиссия может принять решение либо оплатить лечение за рубежом из бюджетных средств, либо отказать с обязательным объяснением причины. Причинами отказа являются: наличие возможности оказания необходимой медицинской помощи на территории Российской Федерации или отказ в лечении со стороны иностранной организации. При выборе зарубежной клиники Комиссия ориентируется на рекомендации

специалистов ведущих федеральных медицинских учреждений. Также учитывается известность клиники, ее успехи в медицинской практике.

Учет числа граждан, обратившихся в Минздрав России за предоставлением государственной услуги, числа проведенных заседаний Комиссии Минздрава России осуществляется в соответствии с установленным порядком делопроизводства.

Всего за период с 2009 по 2012 годы на лечение за пределы территории Российской Федерации за счет средств федерального бюджета направлено 54 пациента, из них – 37 дети (68,5%).

Ведение списка пациентов, направляемых на лечение за пределы Российской Федерации, в открытом доступе противоречит Федеральному закону от 27 июля 2006 года №152-ФЗ «О персональных данных».

17. Считает ли Министерство здравоохранения Российской Федерации целесообразным создание наблюдательных советов в медицинских организациях, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете Министерству для обеспечения общественного контроля за деятельностью их менеджмента? (депутат Шемякин В.Л.)

Федеральным законом от 3 ноября 2006 г. N 174-ФЗ «Об автономных учреждениях» определены полномочия наблюдательных советов автономных учреждений, поэтому в любом автономном учреждении, в том числе и оказывающим высокотехнологичную медицинскую помощь, могут быть созданы наблюдательные советы с возможностью рассматривать вопросы и давать рекомендации по компетенции, установленной вышеназванным законом.

Кроме того, в соответствии с Правилами формирования перечня медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете Министерству здравоохранения Российской Федерации, утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 10 сентября 2012 г. № 904, перечень медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете Минздраву России на высокотехнологичные виды медицинской помощи, ежегодно формируется Минздравом России на основании заключений экспертного совета по отбору медицинских организаций.

Под медицинской организацией согласно статье 2 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» понимается юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в

порядке, установленном законодательством Российской Федерации. При этом данным Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ, во исполнение которого изданы Правила, не предусматривается создание наблюдательных советов при указанных медицинских организациях.

Как показывает анализ действующего законодательства Российской Федерации, создание наблюдательных советов при конкретных организациях допускается только в силу прямого указания закона.

Так, Федеральным законом от 12 января 1996 г. № 7-ФЗ «О некоммерческих организациях» создание наблюдательных советов в качестве органов, осуществляющих контроль и надзор за финансовой деятельностью, предусмотрено исключительно в отношении некоммерческих организаций, созданных в форме государственных корпораций и государственных компаний.

Также статьей 10 Федерального закона от 3 ноября 2006 г. № 174-ФЗ «Об автономных учреждениях» предусматривается создание наблюдательных советов в автономных учреждениях, являющихся некоммерческими организациями, создаваемыми для выполнения работ, оказания услуг в том числе в сфере здравоохранения.

Таким образом, возможность создания наблюдательных советов в отношении бюджетных учреждений здравоохранения действующим законодательством не предусматривается.

В то же время формирование системы общественного контроля в здравоохранении является одним из приоритетных направлений в работе Министерства здравоохранения Российской Федерации, и попечительские советы относятся к одному из видов этой работы.

Статьей 28 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» гражданам предоставлено право на создание общественных объединений по защите прав граждан в сфере охраны здоровья, формируемых на добровольной основе.

В связи с этим Минздравом России проводится работа по закреплению правового статуса попечительских советов при учреждениях здравоохранения, в том числе подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации, с указанием их конкретных полномочий и порядка работы.

Минздравом России приняты нормативные акты по созданию попечительских советов в 12 федеральных медицинских учреждениях, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь. В настоящее время в указанных учреждениях проводится организационная работа по организации данных советов.

18. В приказе Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.08.2002 № 254 «О совершенствовании организации оказания диализной помощи населению Российской Федерации»

отмечается, что «Тревожная ситуация наблюдается в Республике Дагестан, где обеспеченность диализом составляет не более 25 больных на 1 млн. населения, что в 1.8 раза ниже среднего показателя по Российской Федерации». Несмотря на это программой модернизации здравоохранения и утвержденной республиканской программой «Модернизация здравоохранения Республики Дагестан на 2011 - 2012 годы» Республика не обеспечивается аппаратами «искусственная почка». Возможно ли, и в какие сроки, включить Республику Дагестан, в проект первоочередного обеспечения названными аппаратами, которые так необходимы людям? Возможно ли распределить указанные аппараты с учетом сложной географии и резких климатических условий, в некоторые районные центры Республики Дагестан (в частности - Болтихский район, где проживают участники боевых действий - народные ополченцы 1999 года и их дети), а также удаленности местожительства больных от основных республиканских лечебных учреждений? *(депутат Умаханов У.М.)*

В рамках реализации программы модернизации здравоохранения Республики Дагестан в 2011-2012 годах на укрепление материально-технической базы было предоставлено 2 589 млн. рублей из всех источников финансирования, в том числе 2 438 млн. рублей субсидий Федерального фонда обязательного медицинского страхования. Субъект Российской Федерации самостоятельно определяет направления использования средств, предусмотренных на реализацию программ модернизации. Учитывая объективную потребность в указанном виде медицинской помощи, решение этого вопроса возможно в рамках реализации программы модернизации здравоохранения Республики Дагестан в 2013 году.

19. Заболеваемость населения за последние годы растет как в целом, так особенно быстро по новообразованиям, болезням системы кровообращения, осложнениям беременности. Удастся ли переломить эти тенденции в ближайшие годы и какие меры для этого принимаются?

Указом Президента Российской Федерации от 7 мая № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» установлены показатели (показатели смертности от социально-значимых заболеваний), которые необходимо обеспечить к 2018 году.

В свою очередь Министерством здравоохранения Российской Федерации разработана «Государственная программа развития здравоохранения», которая включает в себя комплекс мероприятий, направленных на достижение данных показателей, а взятые обязательства по реализации данных мероприятий позволят снизить заболеваемость и смертность от социально-значимых заболеваний.

Основой для формирования мероприятий, направленных на борьбу с такими серьезными социально значимыми заболеваниями, как болезни системы кровообращения, туберкулез, злокачественные новообразования, послужили результаты проведенного анализа реализации мероприятий приоритетного национального проекта «Здоровье» и программ модернизации, обобщение положительного опыта, накопленного за время реализации этих крупномасштабных проектов.

Закономерным следствием повышения доступности и качества диагностических исследований, в том числе в рамках проводимой диспансеризации граждан, является рост выявленных заболеваний с впервые установленным диагнозом, и что самое важное на ранних стадиях. Так, регистрируемая заболеваемость болезнями системы кровообращения с 2005 по 2011 годы возросла на 15,3%, новообразованиями на 16,2%.

Указом Президента Российской Федерации от 7 мая № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» установлены показатели (показатели смертности от социально-значимых заболеваний), которые необходимо обеспечить к 2018 году.

В свою очередь Министерством здравоохранения Российской Федерации разработана «Государственная программа развития здравоохранения», которая включает в себя комплекс мероприятий, направленных на достижение данных показателей, а взятые обязательства по реализации данных мероприятий позволят снизить заболеваемость и смертность от социально-значимых заболеваний.

Основой для формирования мероприятий, направленных на борьбу с такими серьезными социально значимыми заболеваниями, как болезни системы кровообращения, туберкулез, злокачественные новообразования, послужили результаты проведенного анализа реализации мероприятий приоритетного национального проекта «Здоровье» и программ модернизации, обобщение положительного опыта, накопленного за время реализации этих крупномасштабных проектов.

В частности, в рамках реализации мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями в период с 2009 по 2012 годы приняли участие 49 субъектов Российской Федерации, в том числе в реализации мероприятий в 2012 году - 14 субъектов Российской Федерации.

В регионах, участвующих в реализации мероприятий, создаётся система оказания онкологической помощи населению, ориентированная на раннее выявление онкологических заболеваний и проведение специализированного комбинированного противоопухолевого лечения. Систематизируется учет и мониторинг онкологической заболеваемости и смертности.

Всего за время реализации мероприятия из федерального бюджета выделено более 21,64 млрд. рублей.

Немаловажную роль играет и оказание высокотехнологичной медицинской помощи. В структуре ВМП сердечно-сосудистая хирургия занимает первое место - 29,7% от общего объема операций, травматология и ортопедия на втором месте - 17,9% и онкология на третьем - 14,8%.

Анализ частоты осложнений беременности за последние 5 лет свидетельствует о следующем. За период 2007-2011 годы частота отеков, протеинурии, гипертензивных расстройств во время беременности снизилась на 13% (с 20,0% к числу закончивших беременность в 2007 г. до 17,4% - в 2011 г.), частота анемии беременных – на 12,6% (с 39% до 34,1% соответственно), болезней мочеполовой системы – на 7,8% (с 20,4% до 18,8%), болезней системы кровообращения – на 3,9% (с 10,3% до 9,9%), болезней щитовидной железы – на 20,6% (с 7,3% до 5,8%).

Снижению частоты осложнений беременности способствовало улучшение качества наблюдения женщин в период беременности, в том числе в результате реализации программы «Родовой сертификат». Оснащение учреждений родовспоможения современным медицинским оборудованием за счет средств родовых сертификатов, а также в рамках региональных программ модернизации здравоохранения позволяет осуществлять своевременную диагностику осложнений беременности и проводить адекватное лечение.

Вместе с тем, отмечается рост заболеваемости беременных женщин сахарным диабетом в 2 раза (с 0,21% до 0,42%). Кроме того, увеличивается частота венозных осложнений у беременных женщин (с 4,1% до 4,5%, т.е. на 9,8%). Данная ситуация обусловлена, прежде всего, увеличением в последние годы числа беременных женщин позднего репродуктивного возраста (старше 35 лет), а также увеличением числа беременных женщин, которым ранее вынашивание беременности было противопоказано в связи с наличием соматических заболеваний.

С целью профилактики и снижения числа осложнений беременности принимаются меры, направленные на подготовку к беременности, своевременную диагностику осложнений беременности и экстрагенитальных заболеваний, позволяющие снизить частоту тяжелых форм акушерской патологии и осуществить адекватное и своевременное родоразрешение.

20. Национальная стратегия действий в интересах детей на 2012-2017 годы (часть 3 раздела IV) предусматривает изучение потребностей детей в получении всех видов высокотехнологичной медицинской помощи и лечения, обеспечение их предоставления нуждающимся в них детям, сокращение времени ожидания такой помощи и лечения в качестве меры по созданию дружеского к ребенку здравоохранения. Как осуществляется реализация данного предписания Указа

Президента? Были ли выявлены в процессе изучения потребности детей в получении всех видов высокотехнологичной медицинской помощи проблемы, связанные с ограниченным количеством выделяемых оплаченных квот и очередностью?

Высокотехнологичная медицинская помощь оказывается гражданам Российской Федерации в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» в федеральных медицинских учреждениях и в учреждениях, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации.

По результатам мониторинга в период с 2009 года по настоящее время в условиях отсутствия ограничений на направление детей на оказание высокотехнологичной медицинской помощи ежегодно доля пролеченных детей стабильно находится в пределах 17 %, что немного превышает долю детского населения в возрастной структуре населения Российской Федерации.

По сравнению с 2009 годом, число пролеченных в 2012 году детей выросло в 1,6 раза – с 43,3 тыс. до 68 тысяч.

78% всей оказанной детям высокотехнологичной медицинской помощи приходится на 6 профилей: педиатрия – 27,7% (19 013 детей), сердечно-сосудистая хирургия – 16,9% (22 628 детей), травматология и ортопедия – 12% (8 312 детей), онкология – 9,7% (6 666 детей), неонатология – 6,7% (4 655 детей) и офтальмология – 5% (3 648 детей).

По состоянию на конец года очередность без определенных сроков госпитализации отсутствовала.

В 2011 году плановые объемы высокотехнологичной медицинской помощи государственным бюджетным учреждениям, подведомственным Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Федеральному медико-биологическому агентству, и государственным учреждениям, подведомственным Российской академии медицинских наук составляли 282 318 больных. Высокотехнологичная медицинская помощь за счет средств федерального бюджета была оказана в 117 федеральных медицинских учреждениях 282 140 гражданам Российской Федерации, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь оказана 49 930 детям, (из них 15 270 дети-инвалиды).

В 135 медицинских организациях субъектов Российской Федерации в 2011 году плановые объемы составляли 40 453 пролеченных больных, пролечено 40 423 гражданина Российской Федерации, в том числе 4 777 детей (из них 518 дети – инвалиды).

В 2012 году за счет средств федерального бюджета высокотехнологичную медицинскую помощь в 120 федеральных медицинских организациях получили 324 686 граждан Российской Федерации, в том числе 56 394 ребенка (из них 15 828 дети-инвалиды). Плановые объемы по числу пролеченных больных для федеральных медицинских организаций были определены в количестве 324 710

пациентов. В 222 медицинских организациях субъектов Российской Федерации высокотехнологичная медицинская помощь на условиях софинансирования из федерального бюджета оказана 125 822 гражданам Российской Федерации, в том числе 12 300 детей (из них 1 884 дети-инвалиды).

Необходимо отметить, что по сравнению с 2011 годом в связи с изменением финансового механизма предоставления субсидий на софинансирование оказания высокотехнологичной медицинской помощи, значительно выросло как количество медицинских учреждений субъектов, оказывающих этот вид медицинской помощи – с 135 до 222, так и число пролеченных больных – с 40,4 тысяч до 125,8 тысяч пациентов.

21. Как реализуются плановые объемы (квоты) по числу пролеченных больных (в том числе детей, из них - инвалидов) в учреждениях, участвующих в выполнении государственного задания на оказание в 2011-2012 годах высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации? Как осваивается квотный объем помощи из средств федерального бюджета субъектами Российской Федерации?

Высокотехнологичная медицинская помощь оказывается гражданам Российской Федерации в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» в федеральных медицинских учреждениях и в учреждениях, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации.

По результатам мониторинга в период с 2009 года по настоящее время в условиях отсутствия ограничений на направление детей на оказание высокотехнологичной медицинской помощи ежегодно доля пролеченных детей стабильно находится в пределах 17 %, что немного превышает долю детского населения в возрастной структуре населения Российской Федерации.

По сравнению с 2009 годом число пролеченных в 2012 году детей выросло в 1,6 раза – с 43,3 тыс. до 68 тысяч.

78% всей оказанной детям высокотехнологичной медицинской помощи приходится на 6 профилей: педиатрия - 27,7% (19 013 детей), сердечно-сосудистая хирургия – 16,9% (22 628 детей), травматология и ортопедия -12% (8 312 детей), онкология – 9,7% (6 666 детей), неонатология- 6,7% (4 655 детей) и офтальмология- 5% (3 648 детей).

По состоянию на конец года очередность без определенных сроков госпитализации отсутствовала.

В 2011 году плановые объемы высокотехнологичной медицинской помощи государственным бюджетным учреждениям, подведомственным Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Федеральному медико-биологическому агентству, и государственным учреждениям, подведомственным Российской академии

медицинских наук составляли 282 318 больных. Высокотехнологичная медицинская помощь за счет средств федерального бюджета была оказана в 117 федеральных медицинских учреждениях 282 140 гражданам Российской Федерации, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь оказана 49 930 детям, (из них 15 270 дети-инвалиды).

В 135 медицинских организациях субъектов Российской Федерации в 2011 году плановые объемы составляли 40 453 пролеченных больных, пролечено 40 423 гражданина Российской Федерации, в том числе 4 777 детей (из них 518 дети - инвалиды).

В 2012 году за счет средств федерального бюджета высокотехнологичную медицинскую помощь в 120 федеральных медицинских организациях получили 324 686 граждан Российской Федерации, в том числе 56 394 ребенка (из них 15 828 дети-инвалиды). Плановые объемы по числу пролеченных больных для федеральных медицинских организаций были определены в количестве 324 710 пациентов. В 222 медицинских организациях субъектов Российской Федерации высокотехнологичная медицинская помощь за счет средств федерального бюджета оказана 125 822 гражданам Российской Федерации, в том числе 12 300 детей (из них 1 884 дети-инвалиды).

Необходимо отметить, что по сравнению с 2011 годом в связи с изменением финансового механизма предоставления субсидий на софинансирование оказания высокотехнологичной медицинской помощи, значительно выросло как количество медицинских учреждений субъектов, оказывающих этот вид медицинской помощи – с 135 до 222, так и число пролеченных больных – с 40,4 тысяч до 125,8 тысяч пациентов.

22. Число больничных учреждений в стране сократилось с 11 тысяч в 2000 г. до 6 тысяч в текущем году. Продолжится ли такая «оптимизация» в ближайшие годы и как это отразится на снижении заболеваемости?

Наличие медицинских организаций определяется фактической потребностью в них со стороны населения, а также возможностью качественного оказания в них медицинских услуг.

Анализ показателей деятельности отдельных медицинских организаций и их структурных подразделений за последнее десятилетие выявил неэффективность их работы. В частности, коечная мощность ряда из медицинских организаций была чрезмерно завышена, в результате чего показатель занятости койки был далек от оптимальных значений. Кроме того анализ деятельности медицинских организаций установил, что часть медицинских организаций дублируют друг друга в части спектра предоставляемых медицинских услуг, и соответственно востребованность в них долгое время оставалась чрезмерно низкой.

Численность коечного фонда составила:

в 2006 году – 1 376,2 тысяч коек;

в 2011 году – 1 225,4 тысяч коек.

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 17 мая 2012 г. № 555н «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи» появились новые профили коек:

- гинекологические для вспомогательных репродуктивных технологий, гинекологические для детей;

- интенсивной терапии для новорожденных;

- онкологические для детей;

- кардиологические для детей;

- уроандрологические для детей;

- неврологические для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения, неврологические интенсивной терапии;

- онкологические торакальные, онкологические абдоминальные, онкоурологические, онкологические опухолей головы и шеи, онкологические опухолей костей, кожи и мягких тканей;

- паллиативные;

- скорой медицинской помощи краткосрочного пребывания, скорой медицинской помощи суточного пребывания.

В ходе структурных преобразований региональных систем здравоохранения формируется трёхуровневая система оказания медицинской помощи населению, осуществляется оптимизация структуры отрасли путем объединения маломощных больниц и поликлиник и создания многопрофильных медицинских центров, в которых граждане могут получить более качественную медицинскую помощь с использованием современных медицинских технологий.

Таким образом, сокращение числа медицинских организаций не приведет к снижению доступности медицинской помощи.

23. Много больниц и поликлиник, особенно в малых городах и в сельской местности, нуждаются в капитальном ремонте. Какое количество больниц и поликлиник будет еще нуждаться в ремонте после 2015 года?

Поддержание основных фондов медицинских учреждений является полномочием субъектов Российской Федерации. В рамках реализованной в период 2011-2012 годов программы модернизации здравоохранения отремонтировано 899 учреждений здравоохранения, находящихся в сельской местности, что составляет 58% от потребности в капитальном ремонте. В соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» 2013 году программа модернизации здравоохранения будет продолжена. Одновременно в настоящее время Комитетом Государственной Думы по

охране здоровья поддержаны поправки к закону, предусматривающие возможность нового строительства и реконструкции учреждений. На указанные цели в бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2013 год предусмотрено до 52 млрд. рублей.

24. Какие меры намерено предпринять Министерство Здравоохранения Российской Федерации по вопросу обеспечения специальным медицинским оборудованием и предоставлением медицинских услуг в деревнях, поселках, и удаленных населенных пунктах в связи с планируемым закрытием в них медицинских учреждений? (депутат Валуйев Н.С.)

В соответствии с Федеральным законом «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ медицинская помощь населению с 1 января 2013 год должна оказываться в соответствии с порядками и на основе стандартов оказания медицинской помощи.

В целях выравнивания сети медицинских учреждений в период 2011-2012 годов реализовывались региональные программы модернизации здравоохранения. В рамках реализации этих программ предусматривалось построение трехуровневой модели оказания медицинской помощи и контроля организации работы медицинских организации в части исполнения порядков и стандартов оказания медицинской помощи, что позволяет в случае закрытия части медицинских организаций в деревнях, поселках, и удаленных населенных пунктах (приведения работы медицинских организаций в соответствие с нормативными правовыми актами) не только сохранить существующие гарантии оказания медицинской помощи населению, но и качественным образом повлияет на уровень оказания медицинской помощи и ее доступность.

Данная программа позволила существенным образом укрепить материально-техническую базу медицинских организаций и повысить доступность оказания медицинской помощи не только в городах с населением свыше 100 тыс. человек, но и в медицинских организациях, расположенных в сельской местности, а также удаленных населенных пунктах.

При этом закрытия медицинских учреждений не планируется. В настоящее время формируется трехуровневая система оказания медицинской помощи населению, которая включает четкие схемы маршрутизации пациентов по профилям заболеваний. Разрабатывается концепция развития первичной медико-санитарной помощи населению с учетом климато-географических особенностей регионов и созданием консультативно-диагностических центров по профилям.

Вместе с тем открываются новые отделения общей врачебной практики, врачебные амбулатории и другие структурные подразделения. За 2011-2012

годы в рамках реализации мероприятий региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации 342 ОВП, 310 врачебных амбулаторий.

Кроме того, в модернизации структуры сельского здравоохранения, с целью повышения доступности медицинской помощи сельскому населению, большое значение имеет развитие выездных форм работы, приближение первичной специализированной медицинской помощи. Таким образом, решается главная проблема сельского здравоохранения - проведение профилактических, периодических осмотров, диспансеризация сельского населения с формированием дальнейших рекомендаций по лечению и диспансерному наблюдению, что зачастую невозможно на уровне фельдшерского и фельдшерско-акушерского пункта.

В настоящее время для выездной работы используется более 700 ед. передвижных мобильных комплексов (передвижные фельдшерско-акушерские пункты, амбулатории, центры здоровья, маммографы, флюорографы и другие мобильные комплексы). В рамках реализации программ модернизации здравоохранения приобретает дополнительно 240 мобильных комплексов для проведения диспансеризации детей и взрослых.

Одновременно с изложенным, для оказания первой помощи населению запланировано создание домовых хозяйств первой помощи в населенных пунктах с численностью менее 100 жителей (организовано 7 041 домовое хозяйство первой помощи).

В 2012 году осуществляются единовременные компенсационные выплаты в размере 1 млн рублей медицинским работникам в возрасте до 35 лет, прибывшим в 2011-2012 годах после окончания высшего учебного заведения на работу в сельский населенный пункт, либо переехавшим на работу в сельский населенный пункт из другого населенного пункта. В целом по Российской Федерации выплаты получили 5 489 врачей.

25. Даты постройки многих существующих лечебных учреждений в России 50-70, а иногда и 100 лет назад. Центральные районные больницы в районах строились зачастую хозяйственным способом, иногда и без проектов, многие располагаются в приспособленных помещениях (какой процент - неизвестно?). Многие новые медицинские технологии невозможно использовать в данных помещениях в связи с несоответствием новым стандартам и санитарно-эпидемиологическим нормам. Считаете ли Вы необходимым разработать и утвердить Федеральную целевую программу - «Строительство новых типовых ЛПУ», возможно на условиях софинансирования? (депутат Дорофеев С.Б.)

В 2011-2012 гг. в ходе реализации программ модернизации здравоохранения субъектов из нуждающихся в капитальном ремонте 3 630 медицинских учреждения сегодня уже отремонтированы 2 731 медицинское

учреждение (75%).

Министерство здравоохранения Российской Федерации в настоящее время занимается разработкой типовой проектной документации для различных типов медицинских учреждений.

26. В связи с реформой Вооруженных Сил Российской Федерации сокращаются большое количество госпиталей. Это тяжелейшим образом усложняет жизнь ветеранов, которым нужно добираться до ближайших медицинских учреждений по 100-150 км. Предусмотрено ли Министерством здравоохранения Российской Федерации сохранение данных госпиталей военных частей в качестве базовых, потому что помимо военнослужащих и ветеранов Вооруженных Сил в них лечится и гражданский персонал? (депутат Моисеев М.А.)

Военные госпитали находятся в ведении Министерства обороны России. Наличие медицинских организаций определяется фактической потребностью в них со стороны населения, а также возможностью качественного оказания в них медицинских услуг.

Анализ показателей деятельности отдельных медицинских организаций и их структурных подразделений за последнее десятилетие выявил неэффективность их работы. В частности, коечная мощность ряда из медицинских организаций была чрезмерно завышена, в результате чего показатель занятости койки был далек от оптимальных значений.

Кроме того анализ деятельности медицинских организаций установил, что часть медицинских организаций дублируют друг друга в части спектра предоставляемых медицинских услуг и соответственно востребованность в них долгое время оставалась чрезмерно низкой.

К причинам сокращения количества медицинских организаций можно также отнести и невозможность соблюдения санитарных норм и правил в медицинских организациях в связи с давностью их постройки.

В настоящее время тенденция резкого снижения количества медицинских организаций прекратилась, но вместе с тем организуемая структура оказания медицинской помощи уже доказала свою состоятельность. Работа большинства медицинских организаций приведена в соответствие с нормативными правовыми актами и вместе с тем повысилась доступность и качество оказываемой в них медицинской помощи.

27. Когда будет разработана «Концепция развития здравоохранения РФ» и «Программа «Медицинские кадры»? (депутат Дорофеев С.Б.)

В целях реализации подпункта «г» пункта Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» Министерством

здравоохранения подготовлен проект распоряжения Правительства Российской Федерации «Об утверждении комплекса мер по обеспечению системы здравоохранения Российской Федерации медицинскими кадрами». Кроме того, в рамках реализации данного Указа органы исполнительной власти всех субъектов Российской Федерации должны разработать и принять до мая 2013 г. программы по поэтапному устранению дефицита медицинских кадров, предусмотрев дифференцированные меры социальной поддержки медицинских работников, в первую очередь наиболее дефицитных специальностей.

Кроме того, в рамках Государственной программы «Развитие здравоохранение», утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 24 декабря 2012 г. N 2511-р, предусмотрены мероприятия, направленные на повышение уровня обеспеченности кадрами системы здравоохранения и их квалификации, такие как: снижение дефицита медицинских кадров, в том числе за счет снижения оттока кадров их государственной и муниципальной систем образования, устранение дисбаланса в распределении медицинских кадров в трехуровневой системе оказания медицинской помощи, совершенствование системы практической подготовки медицинских и фармацевтических работников, разработка и внедрение аккредитации медицинских и фармацевтических специалистов.

Также в целях реализации подпункта «г» пункта Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» Министерством здравоохранения подготовлен проект распоряжения Правительства Российской Федерации «Об утверждении комплекса мер по обеспечению системы здравоохранения Российской Федерации медицинскими кадрами». Кроме того, в рамках реализации данного Указа органы исполнительной власти всех субъектов Российской Федерации должны разработать и принять до мая 2013 г. программы по поэтапному устранению дефицита медицинских кадров, предусмотрев дифференцированные меры социальной поддержки медицинских работников, в первую очередь наиболее дефицитных специальностей.

28. Планируется ли пересмотр, актуализация первичных учетных форм и порядка заполнения отчетных форм о деятельности учреждений здравоохранения и отрасли в целом? Представляется целесообразным уменьшение их числа в связи с внедрением целого комплекса программных средств в рамках программы модернизации здравоохранения (*депутат Аршинова А.М., Тихонов Р.К.*)

29. Сегодня медицинские учреждения задыхаются от количества отчетных форм (ежедневных, еженедельных, месячных), мониторингов и отчетностей не по подчинению. Как Вы будете бороться с этим явлением? (*депутат Сенаторова Е.Н.*)

Разработка Минздравом России «Порядка организации системы документооборота в сфере охраны здоровья, в том числе в электронном виде» и «Порядка осуществления статистического наблюдения в сфере здравоохранения, форм статистического учета и отчетности в сфере здравоохранения, порядков их заполнения и сроков представления», а также «Порядка ведения информационных систем в сфере здравоохранения» запланирована на второе полугодие 2013 года.

В рамках этих документов предусматривается пересмотр, актуализация первичных учетных форм и порядка заполнения отчетных форм о деятельности учреждений здравоохранения и отрасли в целом. Кроме того, в настоящее время Минздравом России созданы информационные системы, позволяющие осуществлять сбор первичной информации с уровня медицинских учреждений «Федеральный регистр медицинского персонала», «Паспорт медицинских учреждений» и другие. Ведутся работы по внедрению электронной медицинской карты и интеграции указанных систем в рамках единой государственной информационной системы в здравоохранении. Проводимая Министерством работа одновременно позволит сократить число форм первичной медицинской документации, заполняемой врачами, унифицировать формы медицинской документации, и, как следствие, сократить время, затрачиваемое медицинскими работниками на ее заполнение.

Объем работы по пересмотру сложившейся системы документооборота – значительный, но Минздрав России понимает важность этого вопроса.

В результате перехода на использование цифровых технологий в сфере здравоохранения произойдет значительное снижение затрат времени медицинского персонала на поиск и доступ к необходимой информации о пациенте, работу с трудночитаемыми бумажными медицинскими документами, подготовку учетных и отчетных документов. В субъектах Российской Федерации уже проводится работа по переводу медицинской документации в электронную форму.

Государственной программой Российской Федерации «Развитие здравоохранения» предусмотрены меры по внедрению электронной системы управления качеством медицинских услуг, переводу учетной и отчетной медицинской документации в электронную форму в соответствии с едиными стандартами.

30. Как Вы оцениваете переход ряда научных подразделений РАМН в систему Министерства здравоохранения Российской Федерации?

Что изменилось в структуре планирования научных исследований, подготовке научных и научно-педагогических кадров, оснащенности оборудованием, расходными материалами? Как Министерство

здравоохранения Российской Федерации оценивает эффективность их научной деятельности в новых условиях?

В соответствии с распоряжениями Правительства Российской Федерации ряд институтов – ФГБУ Гематологический научный центр, ФГБУ Медицинский радиологический научный центр, ФГБУ НИИ вирусологии им. Д.И. Ивановского, ФГБУ НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф. Гамалеи, ФГБУ НИИ гриппа, ФГБУ НИИ экологии человека и гигиены им. А.Н. Сысина были переведены в систему Министерства здравоохранения.

В Институтах проведены серьезные преобразования. Были выделены значительные дополнительные бюджетные средства на приобретение современного научного оборудования, реконструкцию помещений. Существенно изменилась система планирования научных исследований, отчетности. Также приняты меры, направленные на повышение оперативности и результативности научных исследований. Тематики институтов сформированы в рамках приоритетных направлений.

31. Развитие биомедицинских клеточных технологий является одним из наиболее быстроразвивающихся направлений мировой биомедицинской науки. Подтверждением тому является высокая международная оценка исследований в этой области - присуждение Нобелевской премии по физиологии и медицине 2012 г. за работы перепрограммированных зрелых клеток в незрелые формы, способные развиваться в любой клеточный тип. Безусловно, это открытие кардинально меняет наше представление о физиологии и раскрывает новые возможности для лечения различных патологий. На каком этапе разработки (доработки) в настоящее время находится законопроект о медицинских клеточных технологиях? Совершенно очевидно, что отсутствие законодательной базы сдерживает развитие этой важнейшей области медицины в России.

Действительно, две Нобелевские Премии по физиологии и медицине в 2010 (Роберт Эдвардс) и в 2012 (Синъя Яманака, Джон Гердон) годах связаны с достижениями эмбриологии и клеточной биологии. Эти исследования, вместе с работами наших выдающихся соотечественников член –корреспондента РАН, профессора Александра Максимова (1874-1928) и член-корреспондента РАМН, профессора Александра Фриденштейна (1924-1997) заложили основу развитию современных клеточных технологий. Клеточные технологии и регенеративная медицина в целом, развиваются сегодня так активно, что можно говорить о формировании новой области медицинской науки, появлении принципиально новых продуктов медицинского назначения.

Регенеративная медицина, включающая в себя клеточные и тканевые технологии, являются одним из приоритетов развития медицинской науки.

В рамках подготовки проекта «Стратегии развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2015 года», сформирована научная платформа «Регенеративная медицина», активно развиваются научные исследования в этой области.

На протяжении двух лет Министерство здравоохранения, совместно с ведущими специалистами в этой области разрабатывает проект Федерального закона, призванного регулировать данную область. Проект неоднократно пересматривался, менялась его концепция. Сегодня проект Федерального закона «Об обращении биомедицинских клеточных продуктов» подготовлен Министерством и 18.01.2013 представлен на обсуждение научной общественности (размещен на сайте Министерства).

Предстоит большая работа по разработке нормативно – правовых и технологических документов, которые и сформируют базу развития клеточных технологий в стране.

Мы уверены, что российская наука способна дать прорывные результаты в данной области, что реально отразится на показателях здоровья наших граждан.

32. Каким образом на федеральном уровне будет решаться вопрос по обеспечению медицинскими кадрами отдаленных субъектов Российской Федерации? Будет ли рассматриваться вопрос введения для выпускников медицинских ВУЗов, которые обучались за государственный счет, системы обязательного распределения? Предполагается ли решение вопроса по обеспечению жильем молодых специалистов? (депутат Карлов Г.А.)

На решение вопроса по обеспечению медицинскими кадрами отдаленных субъектов Российской Федерации нацелены мероприятия по реализации пункта 2 «г» Указа Президента Российской Федерации В.В. Путина от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения».

По вопросу «возврата» обязательного распределения выпускников медицинских вузов.

В соответствии со ст. 43 Конституции Российской Федерации каждый имеет право на образование. Каждый вправе на конкурсной основе бесплатно получить высшее профессиональное образование в государственном или муниципальном образовательном учреждении.

Затраты, связанные с обучением в образовательном учреждении, представляют собой расходное обязательство государства по обеспечению гражданам на конкурсной основе высшего профессионального образования, выполняемое за счет средств бюджетов бюджетной системы Российской Федерации. В связи с этим указанные затраты не подлежат возмещению со стороны граждан.

Согласно ст. 37 Конституции Российской Федерации труд свободен. Каждый имеет право свободно распоряжаться своими способностями к труду, выбирать род деятельности и профессию. Принудительный труд запрещен.

На основании ст. 55 Конституции Российской Федерации в Российской Федерации не должны издаваться законы, отменяющие или умаляющие права и свободы человека и гражданина.

Права и свободы человека и гражданина могут быть ограничены федеральным законом только в той мере, в какой это необходимо в целях защиты основ конституционного строя, нравственности, здоровья, прав и законных интересов других лиц, обеспечения обороны страны и безопасности государства.

С учетом выше изложенного на сегодняшний момент направление на работу выпускников образовательных учреждений высшего профессионального образования, в том числе выпускников медицинских вузов, получивших образование за счет средств соответствующего бюджета, без их добровольного согласия невозможно поскольку противоречит Конституции Российской Федерации.

Решение этой проблемы, по мнению Минздрава России, заключается в совершенствовании целевой подготовки специалистов для нужд систем здравоохранения субъектов Российской Федерации и муниципальных образований.

В целях создания условий для повышения эффективности целевого приема и целевого обучения статьей 56 Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», вступающем в силу с 1 сентября 2013 г., предусмотрены нормы, устанавливающие существенные условия договора о целевом обучении, включая ответственность сторон договора за неисполнение обязательств, взятых сторонами в рамках договора. Так, предполагается установление ответственности граждан, зачисленных на обучение в рамках целевого приема и прошедших целевую подготовку, за невыполнение обязательств по трудоустройству перед государственным органом или органом местного самоуправления, а именно: гражданин возмещает затраты, связанные с предоставлением ему государственным органом или органом местного самоуправления мер социальной поддержки в период обучения, а также выплачивает штраф в двукратном размере к указанным затратам.

В соответствии с пунктом 8 статьи 56 вышеуказанного Федерального закона порядок заключения и расторжения договора о целевом приеме и договора о целевом обучении, а также их типовые формы устанавливаются Правительством Российской Федерации.

Заключение подобных договоров позволит уже на этапе подготовки специалиста не только обеспечить его дополнительными социальными гарантиями со стороны заказчика подготовки, а также гарантиями по

дальнейшему трудоустройству в соответствии с полученной специальностью, но и возложит на него соответствующие обязанности, в том числе по заключению трудового договора не менее чем на 3 года с учреждением здравоохранения субъекта Российской Федерации или муниципального образования по представлению заказчика целевой подготовки.

Вопросы обеспечения жильем медицинских работников, в том числе молодых специалистов, должны быть предусмотрены органами исполнительной власти всех субъектов Российской Федерации при разработке программ по поэтапному устранению дефицита медицинских кадров, в которых должны быть предусмотрены дифференцированные меры социальной поддержки медицинских работников, в первую очередь наиболее дефицитных специальностей.

33. В настоящее время медицинские учреждения районов и малых городов испытывают острую нехватку специалистов разных направлений. Врачи не едут туда работать только по одной причине - не предоставляется жильё для проживания специалистов. Не кажется ли Вам, что нужно вернуться к старой распределительной системе медицинских кадров. Или хотя бы продлить программу «Земский доктор» на последующие годы (до полного укомплектования сельских ЛПУ) с распространением на ЛПУ, расположенных в рабочих поселках и малых городах тоже. *(депутат Сенаторова Е.Н.)*

Частью 12.1 статьи 51 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» установлено, что в 2012 году осуществляются единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам в возрасте до 35 лет, прибывшим в 2011-2012 годах после окончания образовательного учреждения высшего профессионального образования на работу в сельский населенный пункт или переехавшим на работу в сельский населенный пункт из другого населенного пункта и заключившим с уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации договор, предусмотренный пунктом 3 части 12.2 статьи 51 указанного Федерального закона.

Кроме того, Федеральным законом от 1 декабря 2012 года № 213-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» предусмотрено установление в 2013 году единовременных компенсационных выплат медицинским работникам в возрасте до 35 лет, прибывшим в 2013 году после окончания образовательного учреждения высшего профессионального образования на работу в сельский населенный пункт либо рабочий поселок или переехавшим на работу в сельский населенный пункт либо рабочий поселок из другого населенного пункта.

При этом финансовое обеспечение единовременных компенсационных выплат медицинским работникам в 2013 году предполагается осуществлять в равных долях за счет трансфертов, предоставляемых бюджету территориального фонда из бюджета Федерального фонда и средств бюджетов субъектов Российской Федерации.

Что касается «возврата» к старой распределительной системе медицинских кадров, в соответствии со ст. 43 Конституции Российской Федерации каждый имеет право на образование. Каждый вправе на конкурсной основе бесплатно получить высшее профессиональное образование в государственном или муниципальном образовательном учреждении.

Затраты, связанные с обучением в образовательном учреждении, представляют собой расходное обязательство государства по обеспечению гражданам на конкурсной основе высшего профессионального образования, выполняемое за счет средств бюджетов бюджетной системы Российской Федерации. В связи с этим указанные затраты не подлежат возмещению со стороны граждан.

Согласно ст. 37 Конституции Российской Федерации труд свободен. Каждый имеет право свободно распоряжаться своими способностями к труду, выбирать род деятельности и профессию. Принудительный труд запрещен.

На основании ст. 55 Конституции Российской Федерации в Российской Федерации не должны издаваться законы, отменяющие или умаляющие права и свободы человека и гражданина.

Права и свободы человека и гражданина могут быть ограничены федеральным законом только в той мере, в какой это необходимо в целях защиты основ конституционного строя, нравственности, здоровья, прав и законных интересов других лиц, обеспечения обороны страны и безопасности государства.

Таким образом, направление на работу выпускников образовательных учреждений высшего профессионального образования, в т.ч. и выпускников медицинских вузов, получивших образование за счет средств соответствующего бюджета, без их добровольного согласия противоречит Конституции Российской Федерации.

По мнению Минздрава России, решение проблемы кадрового дефицита в здравоохранении возможно путем совершенствования механизма целевой подготовки кадров. С этой целью Минобрнауки России совместно с Минздравом России была разработана отдельная статья в рамках проекта федерального закона «Об образовании в Российской Федерации», направленная на установление порядка целевого приема и целевого обучения граждан в образовательных учреждениях высшего профессионального образования (ст. 59 законопроекта).

Указанной статьей предусматривается, что целевой прием осуществляется в рамках установленной квоты на основе договора о целевом приеме, заключаемого вузом с органом государственной власти, или органом местного самоуправления, или государственным (муниципальным) учреждением, заключившими договор о целевом обучении с гражданином.

Право на обучение на условиях целевого приема для получения высшего образования имеют граждане, заключившие договор о целевом обучении с органом или организацией, указанными выше, и прошедшие на целевые места по конкурсу, проводимому в рамках квоты целевого приема в соответствии с порядком приема.

Также данной статьей законопроекта устанавливаются существенные условия договора о целевом обучении за неисполнение обязательств по трудоустройству (в т.ч. возврат затраченных средств, штрафные санкции и т.д.).

34. Как планируется решение на федеральном уровне проблемы нехватки медицинских кадров, их распределения в медицинские организации с учетом потребности в медицинских кадрах? (депутат Аникеев Г. В.)

В целях реализации пункта 2 «г» Указа Президента Российской Федерации В.В. Путина от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» Центральным научно-исследовательским институтом информатизации и организации здравоохранения по поручению Минздрава России, разработаны методические рекомендации по расчету потребности субъектов Российской Федерации в медицинских кадрах, которые направлены в органы управления здравоохранением субъектов Российской Федерации письмом Минздрава России от 30.08.2012 № 16-1/10/2-1891.

Органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации проведен расчет потребности во врачах в соответствии с направляемой методикой будет представлен субъектами Российской Федерации на согласование в Минздрав России.

Согласованные значения по дефициту врачебных кадров взяты за основу при формировании проектов региональных программ по поэтапному устранению дефицита медицинских кадров, рассмотрении и согласовании которых проходит в Департаменте образования и кадровых ресурсов Минздрава России с 15 ноября 2012 г. до 20 января 2013 г.

Самостоятельным разделом программы являются мероприятия субъекта Российской Федерации по перспективному планированию подготовки и повышения квалификации медицинских и фармацевтических работников.

Кроме того, начиная с 2012 г. формирование плана подготовки специалистов с высшим медицинским и фармацевтическим образованием по

программам послевузовского образования в подведомственных Минздраву России образовательных учреждениях высшего и дополнительного профессионального образования проводится только с учетом, проведенных в соответствии с методикой, расчетов потребности во врачах.

В настоящее время распределение (направление на работу) выпускников образовательных учреждений высшего профессионального образования, в т.ч. и выпускников медицинских вузов, получивших образование за счет средств соответствующего бюджета, без их добровольного согласия противоречит Конституции Российской Федерации (ст. 37, 55, 43). Решение данной проблемы возможно, по мнению Минздрава России), путем повышения эффективности целевой подготовки медицинских кадров. В проект федерального закона «Об образовании в Российской Федерации» включена ст. 59, направленная на установление порядка целевого приема и целевого обучения граждан в образовательных учреждениях высшего профессионального образования (законопроект), устанавливающая ответственность за неисполнение обязательств, взятых сторонами в рамках договора, в том числе за неисполнение обязательств по трудоустройству (в т.ч. возврат затраченных средств, штрафные санкции и т.д.).

35. В соответствии с п. 3 приказа Правительства РФ от 7 февраля 2011 порядке реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, проводимых в рамках региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации» перечень должностей специалистов с высшим и средним медицинским образованием, участвующих в реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, а также методика оценки их деятельности устанавливаются нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации. Во Владимирской области в данный перечень не вошли участковые акушеры - гинекологи. Данное обстоятельство существенным образом влияет на уровень заработной платы данных специалистов. В других субъектах РФ подобной ситуации нет. Просим провести мероприятия по унификации применения данного пункта приказа. (депутат Аникеев Г.В.)

В соответствии с пунктом 3 постановления Правительства Российской Федерации от 07.02.2011 № 60 «О порядке реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, проводимых в рамках региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации» перечень должностей специалистов с высшим и средним медицинским образованием, участвующих в реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, а также методика оценки их деятельности устанавливались

нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации в соответствии с показателями оценки указанной деятельности, установленными приказом Минздравсоцразвития России от 21.02.2011 № 145н.

Определение перечня должностей специалистов с высшим и средним медицинским образованием, участвующих в реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи и получающих доплаты в рамках реализации региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации, а также критерии оценки их деятельности, размер самих доплат и порядок их выплаты, относилось к компетенции органов государственной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления и администрации лечебного учреждения.

С 2013 года данное постановление Правительства РФ утратило силу, поскольку денежные выплаты стимулирующего характера медицинским работникам за повышение доступности амбулаторной медицинской помощи будут осуществляться через систему тарифов на оплату медицинской помощи в рамках территориальных программ обязательного медицинского страхования.

Установление системы стимулирующих выплат врачам, включая участковых врачей, является полномочиями субъектов Российской Федерации.

36. По данным Министерства здравоохранения Российской Федерации на апрель 2012 года дефицит кадров в здравоохранении оценивается в 152,8 тыс. врачей и 800 тыс. медсестер, медбратьев и фельдшеров.

Какие меры принимаются руководством Министерства Российской Федерации в целях решения данной проблемы? Как Вы считаете, существует ли необходимость вернуться к распределению молодых специалистов, обучающихся за счет бюджетных средств, по окончании ими учебных заведений, и поможет ли эта мера справиться с нехваткой медицинского персонала?

Дефицит врачей, рассчитанный по методике расчета потребности во врачебных кадрах с учетом плотности населения субъектов Российской Федерации в сопоставлении с иностранными государствами, составляет 40 тыс. человек.

В 90% регионов отмечен дефицит по специальностям: «анестезиология-реаниматология», «патологическая анатомия», «скорая медицинская помощь», «клиническая лабораторная диагностика», «рентгенология», «фтизиатрия», «психиатрия».

Дефицит средних медицинских работников в настоящее время составляет около 200 тысяч, соотношение врач/средний медицинский

работник составляет 1 к 2,1. При условии необходимости достижения к 2018г. соотношения врач/средний медицинский работник 1 к 2,7 и устранении имеющегося дефицита врачей потребуется привлечение в отрасль суммарно около 460 тыс. чел.

В целях реализации пункта 2 «г» Указа Президента Российской Федерации В.В. Путина от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» Министерством здравоохранения подготовлен проект распоряжения Правительства Российской Федерации «Об утверждении комплекса мер по обеспечению системы здравоохранения Российской Федерации медицинскими кадрами».

Кроме того, в рамках реализации данного Указа органы исполнительной власти всех субъектов Российской Федерации должны разработать и принять до мая 2013 г. программы по поэтапному устранению дефицита медицинских кадров, предусмотрев дифференцированные меры социальной поддержки медицинских работников, в первую очередь наиболее дефицитных специальностей.

В настоящее время вернуть практику обязательного распределения и направления на работу выпускников образовательных учреждений высшего профессионального образования, в т.ч. и выпускников медицинских вузов, получивших образование за счет средств соответствующего бюджета, без их добровольного согласия невозможно, поскольку это противоречит Конституции Российской Федерации.

По мнению Минздрава России, решение проблемы кадрового дефицита в здравоохранении возможно путем совершенствования целевой подготовки кадров.

С этой целью Федеральным законом от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», вступающем в силу с 1 сентября 2013 г., предусмотрены нормы, направленные на установление порядка целевого приема и целевого обучения граждан в образовательных учреждениях (статья 56 Федерального закона).

В соответствии с указанной статьей целевой прием осуществляется в рамках установленной квоты на основе договора о целевом приеме, заключаемого вузом с органом государственной власти, органом местного самоуправления или государственным (муниципальным) учреждением, заключившими договор о целевом обучении с гражданином.

Право на обучение на условиях целевого приема для получения высшего образования имеют граждане, заключившие договор о целевом обучении с органом или организацией, указанными выше, и прошедшие на целевые места по конкурсу, проводимому в рамках квоты целевого приема в соответствии с порядком приема.

Также данной статьей устанавливаются существенные условия договора о целевом обучении за неисполнение обязательств по

трудоустройству (в т.ч. возврат затраченных средств, штрафные санкции и т.д.).

37. В Сахалинской области не хватает 627 врачей и других медработников. Министерство здравоохранения Сахалинской области опубликовало данные о потребности подведомственных учреждений во врачах и прочем медперсонале. По сравнению с 2011 годом ситуация не только не улучшилась, но и усугубилась. Если в прошлом году, по состоянию на 20 декабря, на Сахалине и Курильских островах не хватало 447 врачей и 68 медицинских работников, то на 5 ноября 2012 года островные больницы, поликлиники и диспансеры нуждаются уже в 627 сотрудиниках.

То, что хроническое недофинансирование оборачивается дефицитом кадров и программа «Земский доктор» тут уже не работает, говорят об усугублении на Дальнем востоке проблемы нехватки врачей, не говоря об узких специалистах.

Каким образом государство собирается обеспечить кадрами учреждения здравоохранения?

Вопросы кадрового обеспечения субъектов Российской Федерации, в том числе, и Сахалинской области, должны быть заботой не только федерального центра, но и, в первую очередь, органов исполнительной власти субъектов, и предметом первостепенного внимания руководителей субъектов Российской Федерации.

Формирование Минздравом России государственного задания подведомственным образовательным учреждениям высшего и дополнительного профессионального образования осуществляется в соответствии с заявками, представленными образовательными учреждениями, научными организациями и органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации с учетом потребности лечебно-профилактических учреждений в специалистах конкретного профиля.

Кроме того, начиная с 2012 г. формирование плана подготовки специалистов с высшим медицинским и фармацевтическим образованием по программам послевузовского образования в подведомственных Минздраву России образовательных учреждениях высшего и дополнительного профессионального образования проводится только с учетом потребности во врачах, рассчитанной в соответствии с разработанной Центральным научно-исследовательским институтом информатизации и организации здравоохранения по поручению Министерства единой методикой.

38. Во многих больницах, особенно в малых городах и в сельской местности, не хватает медсестер и санитаров. Каким образом будет решаться эта проблема?

В соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 в целях сохранения кадрового потенциала, повышения престижности и привлекательности профессий в бюджетном секторе экономики Правительством Российской Федерации принята Программа поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012-2018 годы (распоряжение Правительства Российской Федерации от 26 ноября 2012 г. № 2190-р), которая предусматривает:

повышение к 2018 году до 100 процентов от средней заработной платы в соответствующем регионе средней заработной платы:

- среднего медицинского (фармацевтического) персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг);
- младшего медицинского персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг).

Кроме того, в целях реализации пункта 2 «г» Указа Президента Российской Федерации В.В. Путина от 7 мая 2012 г. № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» органы исполнительной власти всех субъектов Российской Федерации должны разработать и принять до мая 2013 г. программы по поэтапному устранению дефицита медицинских кадров, предусмотрев дифференцированные меры социальной поддержки медицинских работников, в том числе средних медицинских работников.

39. Когда будет введено одноканальное финансирование лечебно-профилактических учреждений? (депутат Максимов В.Ю.)

В соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» одноканальное финансирование медицинских организаций введено с 1 января 2013 года и предусматривает оплату всех расходов за исключением расходов инвестиционного характера.

40. Как будут использованы средства фонда Обязательного медицинского страхования, которые последние 2 года использовались для финансирования модернизации здравоохранения? (депутат Максимов В.Ю.)

В 2011-2012 годах финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации осуществлялось за счет доходов, поступающих в бюджет Федерального фонда от средств страховых взносов на обязательное медицинское

страхование в размере два процентных пункта.

С 1 января 2013 года указанные средства будут направлены на увеличение финансового обеспечения территориальных программ обязательного медицинского страхования.

41. В проекте Федерального закона «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2013 год и плановый период 2014 и 2015 годов» для Вологодской области определена субвенция из бюджета Федерального фонда ОМС, направляемая для финансового обеспечения организации обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации в 2013 году, в объеме 8018 млн. рублей. Общий объем средств на покрытие части расходов на содержание медицинских организаций, работающих в системе ОМС составляет 1 068,4 млн. руб., т.е. объем недостающего финансирования составляет 495,5 млн. рублей. Кроме того, не обеспечены финансированием расходы на оказание скорой медицинской помощи (496,8 млн. рублей). Прошу рассмотреть возможность увеличения субвенций для Вологодской области на 992,3 млн. руб. для финансового обеспечения организаций обязательного медицинского страхования (*депутат Позгалев В.Е.*)

В 2012 году для Вологодской области из бюджета Федерального фонда ОМС была выделена субвенция (с учетом субсидий на внедрений стандартов медицинской помощи) в объеме 5 499 595,2 тыс.рублей.

В 2013 году объем выделенной субвенции из бюджета Федерального фонда ОМС составляет 8 017 983,2 тыс.рублей. Прирост 2013 года к 2012 году – 3 203 046,6 тыс.рублей или 58%. Субвенция 2013 года из бюджета Федерального фонда ОМС за вычетом расходов, подлежащих обеспечению за счет средств ОМС с 2013 года, составляет 7 253 373,4 тыс.рублей, прирост 2013 года к 2012 году составил 1 753 778,2 тыс.рублей.

42. Проектом Постановления Правительства Российской Федерации «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов» предусмотрено снижение средних нормативов объема медицинской помощи по ее видам в амбулаторных и стационарных условиях. Не приведет ли это в совокупности с легализацией платных услуг в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения (постановление Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг») к постепенному «замещению» бесплатных медицинских услуг и заменой их платными и росту уровня теневых платежей? (*депутат Аршинова А.И., Тихонов Р.К.*)

Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов утверждены средние нормативы объема медицинской помощи по условиям ее оказания, которые установлены на основе анализа выполнения объемов медицинской помощи в рамках территориальных программ государственных гарантий в 2011 году.

Сокращение объема стационарной медицинской помощи в субъекте Российской Федерации возможно осуществлять за счет более эффективного использования коечного фонда (оптимизация структуры коечного фонда, сокращение средней длительности пребывания больного на койке в соответствии со стандартами медицинской помощи, интенсификация занятости койки с учетом ее профиля), а не за счет необоснованного сокращения коек.

Кроме того, при формировании объемов медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий учитываются особенности половозрастного состава населения субъекта Российской Федерации, уровень и структура заболеваемости населения субъекта Российской Федерации, основанные на данных медицинской статистики, а также климатические и географические особенности региона и транспортная доступность медицинских организаций.

Таким образом, установленные Программой государственных гарантий нормативы объема медицинской помощи не приведут к снижению доступности медицинской помощи для населения, а принятое постановление Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» позволит четко разграничить оказание медицинской помощи на бесплатной основе в рамках территориальных программ государственных гарантий и платных медицинских услуг.

43. Как относится Министерство здравоохранения к установлению единых (усредненных, тарифов на платные медицинские услуги на всей территории страны, к унификации базовой ставки врача? (депутат Сенаторова Е.Н.)

Статьей 144 Трудового кодекса Российской Федерации предусмотрена возможность установления Правительством Российской Федерации базовых окладов по профессиональным квалификационным группам.

Профессиональные квалификационные группы сформированы в целях дифференциации профессий рабочих и должностей служащих на основе требований к профессиональной подготовке и уровню квалификации, которые необходимы для осуществления соответствующей профессиональной деятельности.

Для должностей медицинских и фармацевтических работников профессиональные квалификационные группы утверждены приказом Минздравсоцразвития России от 6 августа 2007 года № 526.

Планом мероприятий Программы поэтапного совершенствования системы оплаты труда в государственных (муниципальных) учреждениях на 2012-2018 годы, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 26 ноября 2012 г. № 2190-р, предусмотрена разработка и внесение в Правительство Российской Федерации в 2015 году предложений по базовым окладам по профессиональным квалификационным группам.

Базовые оклады будут определять гарантированные государством минимально допустимые требования к уровню заработной платы различных категорий медицинских работников.

Размеры их должностных окладов будут, как и прежде, определяться в соответствии с системами оплаты труда, установленными в их регионе.

Что же касается единых тарифов на платные услуги, то это, по нашему мнению, нецелесообразно, учитывая различие в географическом и экономическом положении субъектов Российской Федерации.

44. Будут ли переходящими на 2013 год остатки средств федерального бюджета, образовавшиеся в результате неполного их использования в 2012 году по Программе модернизации здравоохранения Сахалинской области на 2011 - 2012 годы? (депутат Карлов Г.А.)

В период 2011-2012 годов в целях повышения качества и доступности медицинской помощи осуществлялась реализация региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации. В соответствии с ч. 3 ст. 50 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» средства, предусмотренные в бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации направлялись на укрепление материально-технической базы государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, внедрение современных информационных систем в здравоохранение, внедрение стандартов медицинской помощи и повышение доступности амбулаторной медицинской помощи.

В соответствии с частью 10 статьи 50 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (в ред. Федерального закона от 01.12.2012 № 213-ФЗ) остатки средств на 1 января 2013 года, образовавшиеся в бюджетах территориальных фондов обязательного медицинского страхования (бюджетах субъектов Российской Федерации) в результате неполного использования в 2012 году средств, предоставленных из бюджета

Федерального фонда обязательного медицинского страхования (бюджетов территориальных фондов обязательного медицинского страхования) на финансовое обеспечение Программ модернизации здравоохранения, могут быть использованы в 2013 году на указанные мероприятия при наличии потребности в указанных средствах в соответствии с решением Федерального фонда обязательного медицинского страхования и с внесением соответствующих изменений в программу и Соглашения высших исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации с Министерством здравоохранения Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования о финансовом обеспечении региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации на 2011-2012 годы.

45. Почему завершается программа модернизации здравоохранения в части укрепления материально-технической базы и капитального ремонта Фельдшерско-акушерских пунктов и участковых больниц?

Учитывая потребность в продолжении указанных мероприятий, многочисленные обращения медицинской общественности и органов власти субъектов Российской Федерации, руководством страны принято решение о продолжении реализации программ модернизации здравоохранения в 2013 году.

Принят федеральный закон от 01.12.2012 № 369-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», который предусматривает в 2013 году реализацию программ и мероприятий по модернизации здравоохранения. В рамках программ модернизации здравоохранения на 2013 год предлагается продолжить укрепление материально-технической базы государственных и муниципальных учреждений здравоохранения и внедрение современных информационных систем в здравоохранение. Финансовое обеспечение указанных программ и мероприятий будет осуществляться за счет средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования и средств бюджетов субъектов Российской Федерации. В бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2013 год на эти цели предусмотрено 50 млрд. рублей.

Орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации, обеспечивая эффективное использование финансовых средств на цели по реализации региональной программы модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации, самостоятельно определяет их направление медицинским учреждениям на финансирование мероприятий Программы модернизации здравоохранения, в том числе приобретение медицинского оборудования, проведение капитального ремонта.

46. В Костромскую область поступило современное медицинское диагностическое оборудование, однако, его обслуживание и расходные материалы требуют значительных расходов. Предусмотрены ли Министерством здравоохранения Российской Федерации дополнительные финансовые средства на указанные цели?

В 2012 году для Костромской области из бюджета Федерального фонда ОМС была выделена субвенция (с учетом субсидий на внедрений стандартов медицинской помощи) в объеме 2 438 437,3 тыс.рублей.

В 2013 году объем выделенной субвенции из бюджета Федерального фонда ОМС составляет 3 956 795,8 тыс.рублей. Прирост 2013 года к 2012 году – 1 518 358,5 тыс.рублей или 63%. Субвенция 2013 года из бюджета Федерального фонда ОМС за вычетом расходов, подлежащих обеспечению за счет средств ОМС с 2013 года, составляет 3 283 433,4 тыс.рублей, прирост 2013 года к 2012 году составил 844 996,1 тыс.рублей.

47. В Федеральном бюджете на 2013-2015 гг. предусмотрено сокращение расходов на здравоохранение с 506,5 до 373 млрд.руб. Снижаются также бюджетные ассигнования на национальный проект «Здоровье» с 73,6 до 30,5 млрд.руб. Одновременно предполагается существенный рост расходов на здравоохранение за счет региональных бюджетов. Насколько реалистичны такие планы-прогнозы, ведь у большинства субъектов РФ бюджеты носят устойчиво дефицитный характер?

Расходы на здравоохранение в Российской Федерации за счет всех государственных источников (включая средства федерального бюджета) к 2015 году возрастут на 29,8 % по сравнению с 2012 годом и составят свыше 2 930 млрд. рублей.

Сокращение бюджетных ассигнований федерального бюджета на здравоохранение (в 2015 году на 24 % по сравнению с 2012 годом), связано с тем, что с 2013 года финансовое обеспечение ряда направлений приоритетного национального проекта «Здоровье» будет осуществляться в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования (расходы на финансовое обеспечение оказания дополнительной медицинской помощи, оказываемой врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачей-терапевтов участковых, врачами-педиатрами участковых, медицинскими сестрами врачей общей практики (семейных врачей), а также медицинским персоналом фельдшерско-акушерских пунктов, врачами, фельдшерами и медицинскими сестрами скорой медицинской помощи и другие направления), с 2015 года оказание высокотехнологичной медицинской помощи включено в базовую программу обязательного медицинского страхования.

В связи с переходом на одноканальное финансирование медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в 2012 - 2015 годах наиболее существенно возрастут расходы бюджетов фондов обязательного медицинского страхования, которые увеличатся в 2015 году на 61,8 % по сравнению с 2012 годом и составят свыше 1 440 млрд. рублей.

Бюджетные ассигнования консолидированных бюджетов субъектов на здравоохранения в 2015 году возрастут на 25 % по сравнению с 2012 годом и составят около 1 150 млрд. рублей.

В I-ом квартале 2013 года Министерство здравоохранения Российской Федерации планирует обсуждение с субъектами Российской Федерации программы развития здравоохранения в субъектах Российской Федерации до 2020 года и рассмотрение объемов финансирования здравоохранения соответствующих программ.

Расходы, осуществляемые в рамках национального проекта «Здоровье» в последующие годы, будут осуществляться за счет средств обязательного медицинского страхования.

48. Планируется ли внесение в пункт 12.1 ст. 51 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в части осуществления единовременных денежных выплат в размере 1 млн. рублей медицинским работникам, трудоустроенным на работу в сельскую местность в 2013 году и распространения указанной нормы на учреждения здравоохранения, расположенные в малых городах и поселках городского типа? (депутат Аршинова А.И., Тихонов Р.К.)

Федеральным законом от 01.12.2012 № 213-ФЗ внесены изменения в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», предусматривающие осуществление единовременных компенсационных выплат в размере один миллион рублей медицинским работникам в возрасте до 35 лет в 2013 году.

Кроме того, расширен перечень населенных пунктов, переезд на работу в которые позволяет медицинскому работнику претендовать на получение единовременной компенсационной выплаты. К сельским населенным пунктам добавлены рабочие поселки.

49. С введением в действие с 1 марта 2010 года СанПиН 2.1.2.2564-09 «Гигиенические требования к размещению, устройству, оборудованию, содержанию объектов организаций здравоохранения и социального обслуживания, предназначенных для постоянного проживания престарелых и инвалидов, санитарно-гигиеническому и противоэпидемическому режиму их работы», предусмотренные в них требования распространяются на действующие учреждения социального обслуживания населения. В Вологодской области функционируют 120

учреждений социального обслуживания населения, в том числе 49 стационарных учреждений (отделений) на 4593 места и 35 учреждений для несовершеннолетних (из них 18 специализированных учреждений для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации на 283 стационарных места). Большинство расположены в приспособленных зданиях и помещениях и не соответствуют требованиям действующего санитарного законодательства (по площади жилых помещений, составу и площади помещений приемно-карантинного отделения и изолятора, наличию санитарных узлов при каждой спальном комнате). Например, в соответствии с СанПиН 2.1.2.2564-09 общая площадь приемно-карантинного отделения должна быть не менее 115 м². Только Вологодской области на приведение учреждений в соответствие с требованиями СанПиН необходимо 1,5 млрд. руб., что в современных условиях невозможно. Считаю, что необходимо внести изменения в СанПиН 2.1.2.2564-09 «Гигиенические требования к размещению, устройству, оборудованию, содержанию объектов организаций здравоохранения и социального обслуживания, предназначенных для постоянного проживания престарелых и инвалидов, санитарно-гигиеническому и противоэпидемическому режиму их работы» в части сокращения нормативов площади жилых помещений, составу и площади помещений приемно-карантинного отделения и изолятора и требований к наличию санитарных узлов при каждой спальном комнате или распространить эти требования только на вновь вводимые учреждения социального обслуживания населения?
(депутат Позгалев В.Е.)

В соответствии с Федеральным законом от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» под санитарными правилами понимают требования к обеспечению безопасности и (или) безвредности для человека факторов среды обитания, условий деятельности юридических лиц и граждан, в том числе индивидуальных предпринимателей, используемых ими территорий, зданий, строений, сооружений, помещений, оборудования, транспортных средств, несоблюдение которых создает угрозу жизни или здоровью человека, угрозу возникновения и распространения заболеваний.

Таким образом, по своей сути санитарные правила имеют такой же приоритет для сохранения жизни и здоровья человека, как требования пожарной безопасности, охраны труда, дорожного движения, речного и морского судоходства, безопасности полетов гражданской авиации.

При этом, последствия несоблюдения санитарных правил редко становятся достоянием широкой общественности и вызывают резонанс в обществе, кроме, естественно, случаев массовых отравлений или распространения инфекционных заболеваний.

Вопрос о необходимости внесения изменений в государственные санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 2.1.2.2564-09 «Гигиенические требования к размещению, устройству, оборудованию, содержанию объектов организаций здравоохранения и социального обслуживания, предназначенных для постоянного проживания престарелых и инвалидов, санитарно-гигиеническому и противоэпидемическому режиму их работы» рассматривался в соответствии с протоколом совещания у Председателя Правительства Российской Федерации от 11 мая 2012 г. № ДМ-П12-1пр и поручением Заместителя Председателя Правительства Российской Федерации О.Ю. Голодец от 4 октября 2012 г. № П12-43050 по теме «О совершенствовании социального обслуживания населения в Российской Федерации».

Кроме упомянутых санитарных правил, рассматривался также вопрос об изменении следующих санитарно-эпидемиологических правил и нормативов: СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность», СанПиН 2.4.990-00 «Гигиенические требования к устройству, содержанию организации режима работы в детских домах и школах-интернатах для детей-сирот, оставшихся без попечения родителей» и другие.

Минздрав России разделяет позицию Роспотребнадзора о важности для улучшения санитарно-эпидемиологического состояния учреждений социальной защиты применения государственных санитарно-эпидемиологических правил и нормативов СанПиН 2.1.2.2564-09 «Гигиенические требования к размещению, устройству, оборудованию, содержанию объектов организаций здравоохранения и социального обслуживания, предназначенных для постоянного проживания престарелых и инвалидов, санитарно-гигиеническому и противоэпидемическому режиму их работы».

Одновременно сообщаем, что согласование позиций по данному вопросу может быть проведено после принятия проекта федерального закона «О внесении изменений в Федеральный закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии человека», предусматривающий возложение на федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, функций по разработке, утверждению и введению в действие государственных санитарно-эпидемиологических правил и гигиенических нормативов, в соответствии с решениями принятыми в Правительстве Российской Федерации (пункт 1 Протокола совещания у заместителя Председателя Правительства Российской Федерации О.Ю. Голодец от 18 октября 2012 г. № ОГ-П12-82пр).

50. В адрес Комитета Государственной Думы по науке и наукоемким технологиям регулярно поступают обращения от

активистов движения «Пациентский контроль» с проблемами, возникающими в разных регионах страны, связанными с перебоями в обеспечении ВИЧ-инфицированных пациентов противовирусными препаратами и тест-системами. Мы направляли Вам запрос по этому поводу. Каковы отечественные перспективы в разработке и производстве антиретровирусных препаратов и профилактических средств против ВИЧ? Какие аспекты нуждаются в законодательном совершенствовании?

В Российской Федерации эпидемиологическая обстановка по ВИЧ-инфекции остается напряженной, распространение вируса иммунодефицита человека среди населения продолжается, увеличивая общее количество инфицированных. Случаи ВИЧ-инфекции зарегистрированы во всех субъектах Российской Федерации.

По данным персонифицированного учета число ВИЧ-инфицированных россиян, зарегистрированных в Российской Федерации нарастающим итогом на 1 ноября 2012 г. составило 703 781 человек, в том числе детей в возрасте до 15 лет 6 193 человек. Количество россиян, живущих с установленным диагнозом ВИЧ-инфекция, составляет 0,4% всего населения страны (пораженность: 428,8 на 100 тыс. населения).

По данным ежемесячного мониторинга реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения за десять месяцев 2012 года выявлено свыше 62 000 новых случаев ВИЧ-инфекции, что на 12% больше, чем за аналогичный период прошлого года.

Основными причинами заражения ВИЧ-инфекцией являются потребление инъекционных наркотиков и половой путь передачи, что составляет 56% и 41% от всех новых случаев заражения ВИЧ-инфекцией соответственно.

Вместе с тем, проводя оценку сложившейся эпидемической ситуации по ВИЧ/СПИДу, необходимо отметить, что за последнее время наблюдается значительный прогресс в осуществлении ответных мер на эпидемию ВИЧ/СПИД и здесь, основным инструментом, безусловно, является приоритетный национальный проект в сфере здравоохранения.

Так по данным ежемесячного мониторинга в целях своевременного выявления и предотвращения распространения ВИЧ-инфекции за 10 месяцев текущего года проведено 21 469 865 из 22 млн. запланированных обследований на ВИЧ-инфекцию граждан Российской Федерации, что составляет 97,7% от запланированного годового объема.

Лечение антиретровирусными препаратами в рамках Проекта получали 116 572 ВИЧ-инфицированных из 105 тысяч подлежащих (то есть по плану должны были получить 105 тысяч больных, в реальности получили 116 572 больных). Увеличение количества больных, подлежащих лечению, за счет больных нуждающихся в лечении на момент заболевания от числа запланированных.

В результате проведенной организационной и методической работы охват химиопрофилактикой ВИЧ-инфицированных беременных женщин составляет 95,5%.

Химиопрофилактика проведена 98,8% детей от рожденных ВИЧ-инфицированными матерями.

Во исполнение постановления Правительства Российской Федерации от 31.12.2010 г. № 1236 «О финансовом обеспечении закупок диагностических средств и противовирусных препаратов для профилактики, выявления, мониторинга лечения и лечения лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека и гепатитов В и С» Министерством здравоохранения Российской Федерации в 2012 году по итогам проведенных процедур торгов заключены 74 государственных контракта на поставку противовирусных препаратов и диагностических средств для профилактики, выявления, лечения и мониторинга лечения лиц, инфицированных ВИЧ и вирусными гепатитами В и С, согласно которым поставка товара организациям-получателям осуществлена в 2 этапа: 1-ый период поставки – с даты заключения контракта до 30.06.-31.07.2012 не менее 40-50% от общего количества товара; 2-ой период поставки – не позднее 01.10.2012 оставшийся товар до 100%. Поставки осуществляются в установленные сроки предусмотренные соответствующими государственными контрактами.

В настоящее время в России выпускается по полному циклу производства только один антиретровирусных препарат Фосфазид, являющийся отечественной оригинальной разработкой. Данный препарат относится к препаратам первого ряда, его производство осуществляет ЗАО «АЗТ».

Всего зарегистрировано в России около 30 антиретровирусных препаратов всех ведущих фирм производителей (Аббот, Мерк-Шарп, Янсен-Силанг, Глаксо и др.).

Ряд отечественных фармацевтических предприятий производят перепаковку импортных препаратов, в том числе и дженериков.

51. Одним из компонентов, характеризующих «индекс здоровья» нации, является уровень инфекционной заболеваемости, в формировании которого важную роль играют внутрибольничные инфекции. Отсутствие реальной перспективы появления в ближайшее время новых эффективных антимикробных препаратов требует разработки новых стратегий инфекционного контроля над антибиотико-резистентными микроорганизмами и профилактики внутрибольничного заражения. Какая работа в этой сфере проводится Министерством здравоохранения Российской Федерации?

Стратегической задачей здравоохранения является обеспечение качества медицинской помощи и создание безопасной среды пребывания для пациентов и персонала в организациях, осуществляющих медицинскую

деятельность. Инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи (ИСМП), являются важнейшей составляющей этой проблемы в силу широкого распространения, негативных последствий для здоровья пациентов, персонала и экономики государства.

Интенсивное развитие высокотехнологичных, инвазивных методов диагностики и лечения в сочетании с широким распространением микроорганизмов с множественной лекарственной устойчивостью определяет необходимость непрерывного совершенствования систем надзора и контроля.

В настоящее время Министерством прорабатываются следующие вопросы:

о возможности создания комплекса мер по мониторингу и государственной регистрации инфекций вызванных наиболее опасными устойчивыми микроорганизмами;

регулярного обновления стандартов оказания медицинской помощи больным с инфекционными заболеваниями в области диагностики, лечения, в том числе на основании результатов мониторинга антибактериальной резистентности;

решается вопрос в отношении мероприятий необходимых для создания региональных ведомственных целевых программ оказания специализированной медицинской помощи с инфекциями, вызванными устойчивыми возбудителями.

Медико-социальная экспертиза

52. На какой стадии находится выполнение поручения Президента РФ, данное Минздраву России на встрече в Кремле 25.04.2011 г., по случаю 25-ой годовщины катастрофы на Чернобыльской АЭС с участниками ликвидации последствий: по улучшению социальной поддержки вдов участников ликвидации, а также облегчения процедуры установления причинно-следственной связи смерти участника ликвидации с участием в работах по ликвидации последствий катастрофы на Чернобыльской АЭС? (депутат Аникеев Г.В.)

В Российской Федерации успешно работают 6 межведомственных экспертных советов (5 региональных и 1 федеральный) по установлению причинной связи заболеваний, инвалидности и смерти граждан, подвергшихся воздействию радиационных факторов. За 2011 г. не зарегистрировано ни одного отказа в проведении экспертизы ликвидаторам последствий аварии на Чернобыльской АЭС при наличии правильно оформленных ходатайств и иных, предусмотренных законодательством, документов. Специалистами Федерального межведомственного экспертного совета проведены проверки работы региональных советов, сформулированы и реализованы предложения по улучшению медицинской экспертизы

ликвидаторам аварии на Чернобыльской АЭС. Экспертными советами подготовлены и внедрены в практику работы методические рекомендации по единому подходу к проведению экспертизы ликвидаторам аварии на Чернобыльской АЭС.

Принят федеральный закон от 30.12.2012 № 329-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части обеспечения учета изменений состояния здоровья отдельных категорий граждан, подвергшихся радиационному воздействию».

Указанный Федеральный закон направлен на совершенствование деятельности Национального радиационно-эпидемиологического регистра, в котором с 1986 года накапливаются данные об изменениях в состоянии здоровья граждан Российской Федерации, подвергшихся радиационному воздействию в результате аварии на Чернобыльской АЭС и других радиационных аварий и инцидентов. Реализация Федерального закона позволит обеспечить возможность использования результатов специальных медицинских наблюдений за состоянием здоровья облученных граждан, для оказания им адресной медицинской помощи, в том числе облегчению процедуры установления причинно-следственной связи ликвидаторам последствий аварии на Чернобыльской АЭС на основе объективного анализа текущих и отдаленных медицинских радиологических последствий аварии на Чернобыльской АЭС.

Принятие Федерального закона поддержано Общероссийским союзом общественных объединений «Союз «Чернобыль России».

Медицинская помощь детям и служба родовспоможения

53. В нашей стране очень много тяжело больных детей, организованы всевозможные сборы средств на их лечение, возможно ли создание государственного фонда, средства которого будут направляться на лечение таких детей (опыт Германии?) (депутат Аникеев Г.В.)

Доступность бесплатной медицинской помощи гражданам Российской Федерации, в том числе детям, определена Федеральным законом от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

В целях обеспечения конституционных прав граждан Российской Федерации на получение бесплатной медицинской помощи Правительством Российской Федерации ежегодно утверждается Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (далее – Программа), на основании которой субъектами Российской Федерации формируются аналогичные территориальные программы.

В рамках Программы за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации и муниципальных

бюджетов гражданам Российской Федерации, включая детей, в установленном порядке бесплатно предоставляется первичная медико-санитарная помощь, скорая, специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь.

Порядок и условия оказания бесплатной медицинской помощи в рамках территориальных программ устанавливаются нормативными правовыми актами органа государственной власти субъекта Российской Федерации.

Высокотехнологичная медицинская помощь предоставляется как в федеральных специализированных медицинских учреждениях, так и в учреждениях здравоохранения субъектов Российской Федерации в соответствии с государственным заданием, сформированным в порядке, определяемом Минздравом России.

В случае невозможности организовать оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи ребенку в учреждениях здравоохранения субъекта Российской Федерации орган управления здравоохранением региона в установленном порядке решает вопрос об оказании ему необходимой медицинской помощи в условиях профильного федерального учреждения здравоохранения за счет средств федерального бюджета.

Предоставление государственной услуги по направлению граждан Российской Федерации, включая детей, на лечение за пределы территории Российской Федерации осуществляется в соответствии с нормативными актами Минздрава России в случае невозможности получения на территории Российской Федерации медицинской помощи, показанной им в связи с имеющимся заболеванием.

Действующее федеральное законодательство не исключает также возможности получения гражданином медицинской помощи за счет иных источников финансирования, в том числе за счет средств благотворительных организаций и личных средств граждан.

Основными принципами благотворительности и меценатства является свободный и непринужденный выбор формы, времени и места, а также содержания помощи. Данные принципы благотворительной деятельности отражены в Федеральном законе от 11 августа 1995 г. № 135 «О благотворительной деятельности и благотворительных организациях».

В соответствии с указанным законом благотворительная деятельность осуществляется в целях социальной поддержки и защиты граждан, содействия защите материнства, детства и отцовства, а также содействия деятельности в сфере профилактики и охраны здоровья граждан, пропаганды здорового образа жизни, улучшения морально-психологического состояния граждан, в том числе детей.

Благотворительная помощь детям для оказания им медицинской помощи имеет широкое распространение во всех развитых странах мира, включая высокоразвитые: США, Германию, Великобританию и т.д.

Учитывая изложенное, считаем создание государственного фонда для лечения детей нецелесообразным.

54. Каковы показатели реализации «Родового сертификата», направленного на сохранение здоровья будущих матерей и новорожденных, снижение детской смертности и инвалидности? Какие меры предпринимает Министерство здравоохранения Российской Федерации для максимально эффективного использования «Родового сертификата»? Какую долю расходов медицинских учреждений покрывает «Родовой сертификат» сегодня, принимая во внимание, что его стоимость на протяжении многих лет остается неизменной (11,0 тыс. рублей), несмотря на фактический рост стоимости услуг по оказанию медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде, а также диспансерного наблюдения ребенка в начальный период его жизни?

Программа «Родовой сертификат» является одним из наиболее успешных направлений приоритетного национального проекта «Здоровье».

За период реализации данной программы (2006-2012 гг.) объем дополнительного финансового обеспечения учреждений здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь женщинам в период беременности, родов, в послеродовой период и детям первого года жизни, составил более 106,8 млрд. рублей.

Благодаря дополнительному финансовому обеспечению, улучшилась материально-техническая база учреждений родовспоможения: приобретено более 20,6 тыс. единиц современного дорогостоящего медицинского оборудования, а том числе для оснащения отделений реанимации и интенсивной терапии новорожденных. Закупаются дорогостоящие медикаменты для лечения заболеваний беременных женщин, рожениц, родильниц и новорожденных.

Повысилась оплата труда медицинского персонала.

Улучшилось качество диспансерного наблюдения беременных женщин. Число женщин, поступивших под наблюдение в женские консультации до 12 недель, увеличилось с 75,3% в 2005 году до 83,9% в 2011 году. Увеличился охват беременных женщин ультразвуковым и биохимическим скринингом.

Снижается частота анемии, болезней системы кровообращения, заболеваний мочеполовой системы, отёков, протеинурии, гипертензивных расстройств, акушерских кровотечений.

Внедрение в 2007 году нового стандарта диспансеризации детей первого года жизни в рамках реализации программы «Родовой сертификат»

оказало значительное влияние на показатели заболеваемости и смертности детей данной возрастной категории и позволило не только диагностировать заболевания на ранних стадиях, но и обеспечить своевременное оказание необходимой медицинской помощи, в том числе специализированной и высокотехнологичной.

В первую очередь, значительно снизилась заболеваемость детей той патологией, которая в значительной мере зависит от профилактических мероприятий, осуществляемых в рамках диспансерного наблюдения и контроля за их выполнением.

В первую очередь, значительно снизилась заболеваемость детей той патологией, которая в значительной мере зависит от профилактических мероприятий, осуществляемых в рамках диспансерного наблюдения и контроля за их выполнением. Заболеваемость рахитом в 2011 году по сравнению с 2006 годом снизилась на 33%, анемией - на 15%.

Претерпели изменения и другие показатели. Рост заболеваемости детей первого года жизни врожденными аномалиями (пороками развития), деформациями и хромосомными нарушениями (в 2011 году на 16,5% больше, чем в 2006 году) обусловленный улучшением диагностики сопровождается значительным снижением показателя младенческой смертности от этих причин (на 27% по сравнению с 2006 годом).

Аналогичная ситуация отмечается и по ряду других классов болезней. Например, улучшение наблюдения за детьми первого года жизни на фоне совершенствования стационарной педиатрической помощи привело (при росте на 14% заболеваемости болезнями нервной системы) к снижению показателя младенческой смертности от болезней нервной системы на 25% (по сравнению 2006 годом) и др.

Одним из важнейших результатов реализации программы «Родовый сертификат» является дальнейшее снижение показателей материнской и младенческой смертности в Российской Федерации. За период 2005-2011 гг. показатель материнской смертности в стране уменьшился на 36%, показатель младенческой смертности – на 33%.

Министерством здравоохранения Российской Федерации проводится постоянный мониторинг расходования средств, полученных учреждениями здравоохранения по программе «Родовый сертификат».

В настоящее время основным источником финансового обеспечения службы родовспоможения являются средства обязательного медицинского страхования. Средства «Родового сертификата» являются дополнительным стимулирующим источником финансирования, его стоимость является фиксированной и не зависит от изменяющихся условий финансирования услуг в здравоохранении.

В настоящее время разработаны стандарты медицинской помощи женщинам и детям. Родовый сертификат позволяет оказать учреждениям родовспоможения дополнительную финансовую поддержку, способствуя

созданию конкурентной среды и формированию экономических стимулов для повышения качества услуг, предоставляемых женщинам в период беременности и родов.

55. Актуально ли, по мнению Министерства здравоохранения Российской Федерации, предоставление в современных условиях права на использование средств материнского (семейного) капитала на лечение и реабилитацию детей-инвалидов?

В соответствии с Федеральным законом № 256-ФЗ «О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей» лица, получившие сертификат, могут распоряжаться средствами материнского (семейного) капитала в полном объеме либо по частям по следующим направлениям: улучшение жилищных условий; получение образования ребенком (детьми); формирование накопительной части трудовой пенсии для женщин.

По мнению Министерства здравоохранения Российской Федерации, предоставление в современных условиях права на использование средств материнского (семейного) капитала не актуально, так как лечение и реабилитация детей-инвалидов оказывается бесплатно.

В рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации и муниципальных бюджетов гражданам Российской Федерации, включая детей, в установленном порядке бесплатно предоставляется специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь и медицинская реабилитация.

Высокотехнологичная медицинская помощь предоставляется как в федеральных специализированных медицинских учреждениях, так и в учреждениях здравоохранения субъектов Российской Федерации.

При отсутствии возможности оказания медицинской помощи на территории Российской Федерации предоставляется государственная услуга по направлению граждан Российской Федерации, включая детей, на лечение за пределы территории Российской Федерации.

Действующее федеральное законодательство не исключает также возможности получения гражданином медицинской помощи за счет иных источников финансирования, в том числе за счет средств благотворительных организаций и личных средств граждан. Такая практика существует во многих развитых странах мира.

56. В своем выступлении на видеоконференции Вы отметили, что с 2013 года будет возобновлена детская диспансеризация, где отсутствует возможность провести диспансеризацию, планируется закупка 200 мобильных установок. Однако сегодня, если имеются стандарты

оказания помощи по видам болезни, то по диспансеризации таких стандартов нет. Программы диспансеризации даны на откуп субъектам и соответственно, качество и количество будет зависеть от возможности субъектов. Будет ли Министерство здравоохранения разрабатывать стандарт диспансеризации?

Минздравом России утвержден приказ, регламентирующий проведение диспансеризации детей (в настоящее время находится на регистрации в Минюсте России).

В проведении диспансеризации ключевой организующей структурой будет поликлиника, в которой ответственность за процесс ложится на руководителя медицинской организации и участкового врача-педиатра.

Диспансеризация детей будет представлять собой комплекс мероприятий, в том числе медицинский осмотр врачами нескольких специальностей и применение необходимых методов обследования, определение групп состояния здоровья, проведение профилактического консультирования и, при необходимости, дообследование в ходе проведения диспансеризации, назначение лечебно-реабилитационных мероприятий и последующего динамического наблюдения за состоянием здоровья выявленных больных.

Диспансеризация детей будет проводиться ежегодно, при этом углубленные осмотры врачами-специалистами и дополнительные обследования будут проводиться в отношении детей первого года жизни, в возрасте трех, семи, десяти лет, а начиная с 14 лет – ежегодно.

При этом порядок диспансеризации детей, утвержденный приказом Министерства, будет обязательным для исполнения всеми субъектами Российской Федерации.

Государственное регулирование обращения лекарственных средств

57. Как в настоящее время осуществляется контроль за обращением фармацевтических субстанций?

В последнее десятилетие более 80 % лекарственных препаратов в РФ изготавливаются из зарубежных субстанций. В настоящее время в государственный реестр включены фармацевтические субстанции, производство которых осуществляется на предприятиях более чем 40 стран, в числе лидеров субстанции из Китая (30%), Индии (16,5%), Германии (8%), Швейцарии (6%) и Испании (6%). В структуре импорта субстанций в РФ лидерами являются Китай (45 %), Италия (14 %), Индия (10 %). Около 80 % импортируемых в РФ субстанций из Китая и Индии поставляются не по прямым контрактам.

Обеспечение качества фармацевтических субстанций является зоной ответственности производителя. Законодательной основой контроля обращения фармацевтических субстанций в Российской Федерации служат

Федеральный закон от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств», постановление Правительства Российской Федерации от 06 июля 2012 г. № 689 «О порядке лицензирования лекарственных средств», национальный стандарт ГОСТ Р 52249-2009 «Правила производства и контроля качества лекарственных средств».

В соответствии с указанными регламентами в настоящее время в отношении фармацевтических субстанций применяется лицензионный контроль и экспертизы качества в процессе регистрации лекарственного препарата, внесения изменений в документы регистрационного досье при смене производителя субстанции, при включении в государственный реестр фармацевтической субстанции для реализации, а также при осуществлении контрольно-надзорных мероприятий со стороны Росздравнадзора.

Важным моментом для повышения эффективности государственного контроля в фармацевтической сфере является взаимодействие с государственными и общественными организациями различных стран, где осуществляется производство фармацевтических субстанций. У Минздрава России и Росздравнадзора существует ряд международных соглашений о порядке взаимодействия, взаимопомощи и взаимообмена информацией о производителях фармацевтического сырья.

В рамках реализации Стратегии лекарственного обеспечения населения Минздрав России планирует внедрение мероприятий по повышению эффективности контрольных мероприятий за качеством лекарственных средств. Совершенствование нормативно-правовой базы, развитие лабораторных комплексов в федеральных округах Российской Федерации, наряду с внедрением системы GMP, позволят повысить гарантии качества в отношении фармацевтических субстанций.

58. В настоящее время, в рамках борьбы с фальсификатом в директивах Европейского Союза введена обязательная регистрация в соответствующих государственных органах импортеров, производителей, дистрибьюторов и иных посреднических организации в сфере обращения фармацевтических субстанций. Кроме того, ставится задача доступности общественности к информации о данных организациях в Интернете.

Как контролируются организации (как импортеров, так и экспортеров), осуществляющие поставки фармацевтических субстанций на территорию Российской Федерации?

Фармацевтические субстанции - лекарственные средства в виде действующих веществ биологического, биотехнологического, минерального или химического происхождения, обладающие фармакологической активностью, предназначенные для производства, изготовления лекарственных препаратов и определяющие их эффективность.

При регистрации лекарственных препаратов, в состав регистрационного досье на лекарственный препарат согласно статье 18 Федерального закона от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» входит информация о фармацевтической субстанции, из которой осуществляется его производство.

В том числе в состав регистрационного досье входит документ, содержащий сведения о показателях качества фармацевтической субстанции и документ подтверждающий соответствие производителя фармацевтической субстанции требованиям правил организации производства и контроля качества лекарственных средств, выданный компетентным органом страны производителя фармацевтической субстанции.

В процессе регистрации лекарственного препарата ФГБУ «Научный центр экспертизы средств медицинского применения», проводит экспертизу, в ходе которой оценивается как качество регистрируемого лекарственного препарата, так и качество фармацевтической субстанции из которой он произведен. По результатам экспертизы комиссией экспертов составляется заключение о возможности медицинского применения лекарственного препарата, произведенного из заявленной субстанции, с определенными показателями качества.

Согласно Правилам производства и контроля качества лекарственных средств ГОСТ Р 52249-2009 производитель лекарственного препарата осуществляет входной контроль качества каждой серии фармацевтической субстанции поступающей на производство и несет полную ответственность за качество конечного продукта.

Таким образом, при использовании производителем заявленной при регистрации фармацевтической субстанции и строгом соблюдении технологии производства лекарственного препарата, указанной в регистрационном досье, обеспечивается производство качественного лекарственного препарата.

Необходимо, однако, отметить, что недобросовестные фармацевтические компании имеют возможность поменять фармацевтическую субстанцию и технологию производства лекарственного препарата, не уведомив об этом Минздрав России и не подав в соответствии с Федеральным законом от 12.04.2010 №61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» заявления на внесение изменений в регистрационные документы зарегистрированного лекарственного препарата.

Производство лекарственного препарата из фармацевтической субстанции, не проходившей экспертизу при регистрации, по измененной технологии, может снизить качество лекарственного препарата, по сравнению с препаратом, качество, эффективность и безопасность которого оценивалась в ходе регистрации.

Факт замены фармацевтической субстанции и изменения технологии производства не всегда технически возможно выявить с помощью

лабораторного контроля готового лекарственного препарата, проводимого в рамках федерального государственного надзора в сфере обращения лекарственных средств и в рамках процедуры регистрации декларации о соответствии.

Опыт ведущих стран мира в области фармацевтического производства говорит о необходимости совмещения процедуры государственной регистрации лекарственных средств и инспектирования производства на предмет контроля соблюдения требований к процессу производства, указанных в регистрационном досье на лекарственный препарат.

В связи с этим Минздрав России предлагает внести соответствующие изменения в законодательство Российской Федерации для включения процедуры по проверке соответствия процесса производства, информации представленной в регистрационном досье на лекарственный препарат в ходе его государственной регистрации.

59. Государственные услуги «Запись на прием к врачу» дает сбои. Это объясняется тем, что данная услуга осуществляется пока в тестовом режиме? Когда планируется ввести данную государственную услугу в обычном режиме без сбоев?

С 1 декабря 2012 года данная услуга введена в промышленную эксплуатацию. В течение ближайшего года мы предвидим, что могут возникать сбои, касающиеся организации обслуживания записавшихся на прием в медицинском учреждении. В целях решения данной задачи нами создана горячая линия, все обращения на которую детально рассматриваются, в отдельных случаях даются поручения о проведении проверок Росздравнадзору.

Как показывают результаты анализа, сбои сейчас в основном обусловлены тем, что сотрудники медицинских учреждений осваивают информационные технологии, для многих эти технологии в новинку. Администрации медицинских организаций необходимо провести большую организационную работу по заведению расписаний врачей в единую систему, а также обеспечению постоянной актуализации данной информации.

Требуется время на обучение врачей, на закрепление навыков использования этих технологий. Возможные сбои – временное явление, не нужно противопоставлять врачей и пациентов, никто не имеет умысла отказать кому-то в приеме или создать очередь. Все сбои будут расследованы и приняты меры по минимизации повторных сбоев.

60. Что предпринимается Министерством здравоохранения Российской Федерации для синхронизации законодательства в сфере здравоохранения со странами-членами Таможенного Союза? (депутат Шемакин В.Л.)

Министерство здравоохранения Российской Федерации активно участвует в разработке договорно-правовой базы Таможенного союза и Единого Экономического Пространства.

В первую очередь стоит отметить активное участие министерства в разработке разделов «Сотрудничество в сфере здравоохранения» и «Санитарные, ветеринарные и фитосанитарные меры» проекта Договора о Евразийском экономическом Союзе, проводимого в рамках Рабочей группы по кодификации международных договоров, составляющих договорно-правовую базу Таможенного союза и Единого Экономического Пространства.

Унификация требований в сфере обращения лекарственных средств.

С целью разработки основополагающих документов Таможенного союза и Единого экономического пространства в сфере обращения лекарственных средств специалисты Министерства принимают участие в Рабочей группе по формированию общих подходов к регулированию обращения лекарственных средств в рамках Таможенного союза и Единого экономического пространства при Коллегии Евразийской экономической комиссии». В рамках соответствующей рабочей группы разрабатывается план мероприятий по разработке документов второго уровня в целях реализации проекта Соглашения о сотрудничестве государств-членов Таможенного союза в сфере обращения лекарственных средств.

Унификация требований в сфере обращения медицинских изделий.

С целью унификации требований к обращению медицинских изделий на территории государств-членов Таможенного союза проводится работа в рамках рабочей группы «По вопросу гармонизации законодательства Сторон в сфере обращения медицинских изделий». Принимается участие в разработке проекта Соглашения о единых принципах и правилах обращения медицинских изделий (изделий медицинского назначения и медицинской техники).

Также в рамках Евразийской экономической комиссии при участии специалистов Минздрава России был разработан проект Соглашения о проведении на территории Таможенного союза и Единого экономического пространства единой политики в области регистрации и мониторинга обращения медицинских изделий (изделий медицинского назначения и медицинской техники).

В рамках реализации принципа единой политики в сфере технического регулирования Таможенного союза Министерство здравоохранения Российской Федерации являясь ответственным органом исполнительной власти по разработке, принятию и введению в действие ряда технических регламентов Таможенного союза принимает активное участие в реализации межгосударственного плана по подготовке технических регламентов Таможенного союза на отдельные объекты технического регулирования.

Минздрав России является ответственным органом исполнительной власти за вступление в силу технического регламента Таможенного союза «О безопасности парфюмерно-косметической продукции» (ТР ТС 009/2011) на территории Российской Федерации. В настоящее время Министерством ведется работа по приведению национального законодательства в соответствие с указанным техническим регламентом.

Вместе с тем, Минздрав России являясь ответственным органом разработчиком технического регламента Таможенного союза «О безопасности пищевых продуктов» (ТР ТС 021/2011) в полном объеме выполнил мероприятия по его подготовке и утверждению. В настоящее время Министерством ведется работа по приведению национального законодательства в соответствие с указанным техническим регламентом.

Одновременно аналогичная работа ведется в отношении технических регламентов Таможенного союза: «Пищевая продукция в части ее маркировки» (ТР ТС 022/2011) (разработчик Республика Беларусь), «Требования безопасности пищевых добавок, ароматизаторов и технологических вспомогательных средств» (ТР ТС 029/2012) (разработчик Республика Казахстан) и «О безопасности отдельных видов специализированной пищевой продукции, в том числе лечебного и диетического профилактического питания» (ТР ТС 027/2012) (разработчик Республика Казахстан).

В целях синхронизации законодательства в сфере здравоохранения со странами-членами Таможенного Союза со стороны Минздрава России ведется плановая работа на регулярной основе в составе «Рабочей группы по формированию общих подходов к регулированию обращения лекарственных средств в рамках Таможенного Союза и Единого экономического пространства при Коллегии Евразийской экономической комиссии», в составе рабочих групп по применению ветеринарных и санитарных мер, по разработке технических регламентов Таможенного союза; по гармонизации санитарно-эпидемиологических норм и требований. Также представители Министерства принимают участие в тематических мероприятиях Таможенного Союза.

61. В стране около 700 тысяч детей-инвалидов, и значительное их число – в неполных семьях. В последнее время медработники выводятся из дошкольных учреждений. Не целесообразно ли организовать отдельные дошкольные учреждения лечебно-реабилитационного профиля для детей-инвалидов, обеспечить медицинский и социальный патронаж семей с детьми-инвалидами, повысить финансовое обеспечение этих семей? Считаем, что это было бы достойным ответом сторонникам иностранного усыновления.

На 1 января 2012 года по данным Пенсионного фонда Российской Федерации в России насчитывается 568 тысяч детей-инвалидов.

Оказание медицинской помощи воспитанникам дошкольных учреждений может оказываться как сотрудниками этих учреждений (подведомственны Минобрнауки России), так и сотрудниками системы здравоохранения. В соответствии с приказом Минздрава России от 16.04.12 г. № 366 «Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи» в структуре детской поликлиники предусмотрено отделение организации медицинской помощи детям в образовательных учреждениях. Таким образом, если из штата детского сада выводятся медицинские работники, то помощь детям оказывают врачи и медицинские сестры районной поликлиники.

Решение вопроса о целесообразности организации дошкольных учреждений, в том числе для детей с ограниченными возможностями здоровья, относится к полномочиям Минобрнауки России. Такие учреждения существуют, например специализированные детские сады для детей с патологией зрения, опорно-двигательного аппарата и другие. При этом следует заметить, что сейчас во всем мире все большее развитие получает не концентрация детей-инвалидов в отдельных учреждениях, а наоборот – система инклюзивного образования.

62. Каким образом будет совершенствоваться оказание медицинской помощи детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей?

Министерством будут утверждены, после наделения соответствующими полномочиями Правительством Российской Федерации:

порядок проведения диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей;

порядок организации оказания медицинской помощи детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей;

порядок медицинского освидетельствования граждан, намеревающихся усыновить (удочерить), взять под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, а также форму заключения о результатах медицинского освидетельствования граждан, намеревающихся усыновить (удочерить), взять под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей и срок действия данного заключения;

порядок представления сведений в Министерство здравоохранения Российской Федерации о детях-сиротах и детях, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, а также о проведении диспансеризации и оказании детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей, в случае выявления у них заболеваний медицинской помощи всех видов, включая специализированную, в том числе

высокотехнологичную, медицинскую помощь для внесения в информационную систему «Информационно-аналитическая система Министерства здравоохранения Российской Федерации»;

Также Министерство будет проводить мониторинг диспансеризации и оказания детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей, в случае выявления у них заболеваний медицинской помощи всех видов, включая специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, с использованием специализированной информационной системы «Информационно-аналитическая система Министерства здравоохранения Российской Федерации».

63. В России 1100 городов, 1286 поселков городского типа, 153125 сел и деревень, среди них населенных пунктов с населением менее 1000 человек примерно 50 тысяч, а также тысячи вахтовых поселков, официальный статус которых не определен.

Выплата миллиона рублей врачам, направляемым на работу в сельскую местность, немного улучшила положение с кадрами в крупных деревнях и селах. Первоначально за бортом оказалось более 1000 поселков городского типа, которые только с 2013 года благодаря вмешательству Государственной Думы войдут в программу. В связи с этим возникают вопросы.

Что делать с 50 тысячами маленьких поселков, где живут 200 – 300 человек (там даже ФАП избыточен), и тысячами вахтовых поселков? Нужно развивать вопросы ответственного самолечения, само- и взаимопомощи, думать про создание института парамедиков. Нужны вахтовые методы оказания плановой, в первую очередь превентивной медицинской помощи. Нужны соответствующие диагностические и лечебные передвижные модули (офтальмологические, стоматологические, гинекологические). Нужно развивать санитарную авиацию, поезда и пароходство для плановой помощи в отдаленных территориях. Речь – о десятках тысяч населенных пунктов. Каково Ваше мнение?

Почему миллион рублей выплачивается только молодым врачам? Если на село поедет семья в предпенсионном и даже пенсионном возрасте, если могут отработать те же 5 лет и скорее останутся работать на селе и дальше, такие врачи более грамотные. Не надо ли продумать расширение программы, снятие возрастных ограничений?

В целях усиления заинтересованности медицинских работников в работе в учреждениях здравоохранения субъектов Российской Федерации и муниципальных учреждениях здравоохранения, расположенных в сельских населенных пунктах, испытывающих наибольший дефицит врачебных кадров, согласно части 12.1 статьи 51 Федерального закона № 326-ФЗ в 2012 году осуществлялись единовременные компенсационные выплаты в размере

одного миллиона рублей каждому медицинскому работнику в возрасте до 35 лет, имеющему высшее профессиональное образование, который примет решение работать на селе.

Федеральный закон «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», который предусматривает установление в 2013 году единовременных компенсационных выплат медицинским работникам в возрасте до 35 лет, прибывшим в 2013 году после окончания образовательного учреждения высшего профессионального образования на работу в сельский населенный пункт либо рабочий поселок или переехавшим на работу в сельский населенный пункт либо рабочий поселок из другого населенного пункта.

В 2013 году единовременные компенсационные выплаты будут осуществляться в субъектах Российской Федерации, которые примут обязательства по софинансированию указанных выплат за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации.

Вопрос обеспеченности медицинскими кадрами учреждений здравоохранения относится к полномочиям субъектов Российской Федерации. Решение о дополнительном выделении денежных средств в размере 1 млн. рублей медицинским работникам, переехавшим на работу в сельский населенный пункт вызвано острой нехваткой молодых специалистов на селе. Учитывая социально-экономические и демографические особенности регионов субъекты Российской Федерации вправе разрабатывать программы поддержки специалистов без ограничения по возрасту.

64. Одними из самых важных на селе медицинских работников являются медсестра и фельдшер. Почему их никак не касается программа? Не считаете ли Вы, что они даже в имеющихся условиях могли бы взять на себя большую часть первичной медицинской помощи?

Федеральным законом от 01.12.2012 № 213-ФЗ «О федеральном бюджете на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов» установлено, что выделение субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на осуществление денежных выплат медицинскому персоналу фельдшерско-акушерских пунктов, врачам, фельдшерам и медицинским сестрам учреждений и подразделений скорой медицинской помощи, врачам терапевтам участковым, врачам педиатрам участковым и их медицинским сестрам, не предусмотрено. Денежные выплаты указанным категориям медицинских работников будут включены в систему тарифов на оплату медицинской помощи в рамках территориальных программ обязательного медицинского страхования.

Перспективу развития сельской медицины видим в максимальном приближении первичной врачебной помощи за счет развитие сети офисов

врача общей практики и выездных форм работы врачей-специалистов. Принимая во внимание вышесказанное, смещение акцента в оказании первичной медико-санитарной помощи в сторону первичной доврачебной медико-санитарной помощи представляется необоснованным.

65. По постановлению Правительства Российской Федерации № 890 от 30.07.1994 обеспечение лекарствами при лечении редких болезней осуществляется за счет средств субъектов Российской Федерации. Но у субъектов Российской Федерации денег нет. Так, один больной может потреблять до 200 миллионов в год. Во всем мире редкие больные получают компенсацию на лечение из государственного бюджета, для каждого такого заболевания есть свои программы помощи, централизованные регистры. Уже идут судебные процессы в регионах, больные их выигрывают, но денег в бюджетах нет все равно. Как быть? Стоит ли «вернуть» этих больных на федеральный уровень, расширив программу «7 нозологий» до государственной программы помощи больным с редкими болезнями?

Проблема обеспечения лекарственными препаратами больных редкими заболеваниями является одной из самых обсуждаемых во всем мире.

В странах Европейского союза регулирование вопросов в сфере редких заболеваний осуществляется Европейской Комиссией с 1999 года согласно совместному решению Европейского парламента и Совета Европы «Орфанная медицинская продукция» (REGULATION (EC) No 141/2000 OF THE EUROPEAN PARLIAMENT AND OF THE COUNCIL).

Все страны-участники Европейского союза принимают национальные программы и стратегии в области редких заболеваний, которыми определяются критерии отнесения отдельных видов заболеваний к категории редких (орфанных), а также принципы назначения орфанных препаратов, меры по стимулированию исследований и разработки лекарственных средств, предназначенных для лечения, диагностики и профилактики редких заболеваний.

Кроме того, например, в Италии каждый регион самостоятельно разрабатывает, утверждает и реализует региональный план по организации медицинской помощи больным с редкими заболеваниями, их диагностике и обеспечению лекарственными препаратами.

В целом же, для большинства стран Европейского союза проблемы лекарственного обеспечения больных, страдающих редкими заболеваниями, остаются очень острыми и общими. К ним относятся недостаток информации, невозможность своевременного диагностирования заболевания, отсутствие нужных лекарственных препаратов.

В Российской Федерации Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ) закреплено

определение редких (орфанных) заболеваний, а также утверждены положения об обеспечении граждан лекарственными препаратами для лечения заболеваний, включенных в перечень жизнеугрожающих острых и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни гражданина или его инвалидности.

Статьями 16 и 83 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ за органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации закреплены полномочия по обеспечению граждан зарегистрированными в установленном порядке на территории Российской Федерации лекарственными препаратами для лечения заболеваний, включенных в перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни гражданина или его инвалидности.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 26.04.2012 № 403 утвержден перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, и правила ведения Федерального регистра лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, и его регионального сегмента.

В целях реализации постановления Правительства Российской Федерации от 26.04.2012 № 403 Министерством здравоохранения Российской Федерации проводится работа по созданию и заполнению Федерального регистра.

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.11.2012 № 950н утверждены формы документов для ведения регионального сегмента Федерального регистра лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, и порядок их представления.

Вместе с тем в настоящее время еще не сложилась правоприменительная практика регулирования рассматриваемых правоотношений как на территории Российской Федерации в целом, так и на территории конкретного субъекта Российской Федерации.

Следует отметить, что большинство детей с редкими (орфанными) заболеваниями являются инвалидами.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.07.1994 № 890 «О государственной поддержке медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения

лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения» на органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации возложена функция по оплате лекарственных средств и изделий медицинского назначения, отпускаемых в установленном порядке населению по рецептам врачей бесплатно или со скидкой, а также утвержден перечень групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно или с 50-процентной скидкой.

Данным постановлением Правительства Российской Федерации определено, что дети первых трех лет жизни и дети-инвалиды в возрасте до 18 лет обеспечиваются всеми лекарственными средствами по рецептам врачей бесплатно, а больные с некоторыми редкими (орфанными) заболеваниями (фенилкетонурией, острой перемежающей порфирией, преждевременным половым развитием, гематологическими заболеваниями, гемобластозами, цитопениями, наследственными гемопатиями) обеспечиваются необходимыми лекарственными средствами по рецептам врачей бесплатно.

Таким образом, субъекты Российской Федерации в рамках указанного постановления уже несут расходы по организации лекарственного обеспечения лиц, страдающих редкими (орфанными) заболеваниями.

Министерством проводится работа над стандартами оказания медицинской помощи больным редкими заболеваниями с участием главных внештатных специалистов Министерства и с привлечением экспертного сообщества.

Данные Федерального регистра и стандарты оказания медицинской помощи станут основой для планирования объемов финансирования, необходимых для оказания медицинской помощи больным орфанными заболеваниями и принятия аргументированных решений о возможном предоставлении регионам субсидий из федерального бюджета или включении некоторых редких заболеваний, требующих дорогостоящего лечения, в перечень, утвержденный распоряжением Правительства Российской Федерации от 31.12.2008 № 2053-р.

66. 6 декабря 2012 года в Государственной Думе прошли парламентские слушания по проблеме стандартизации и обеспечения качества медицинской помощи. Было отмечено, что это ключевой элемент дальнейшего развития здравоохранения страны. На слушаниях было высказано пожелание восстановить работы по развитию системы стандартизации в здравоохранении, продолжить совместно с Федеральным агентством по техническому регулированию и метрологии работы по оценке и стандартизации медицинских технологий, вернуться к ведению Информационного стандарта

лекарственного средства, гармонизации системы со стандартами ИСО/МЭК.

Имеются ли подобные планы у Минздрава России?

Повышение качества оказания медицинской помощи в медицинских организациях будет осуществляться путем повсеместного применения единых порядков оказания медицинской помощи по ее «профилям», видам, заболеваниям (состояниям) и за счет внедрения федеральных стандартов оказания медицинской помощи.

По заключению ФФОМС финансовое обеспечение части стандартов оказания медицинской помощи значительно превышает средние нормативы финансовых затрат на один койко-день в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях в рамках территориальных программ обязательного медицинского страхования. Учитывая переходный период 2013-2014 годов, в течение которого в определенной части сохранится бюджетно-страховая модель оплаты медицинской помощи, прорабатывается вопрос по финансированию ресурсоемких стандартов оказания медицинской помощи.

Работа по стандартизации медицинской помощи продолжается. В течение 2013 года Министерством планируется разработка национальных клинических протоколов по основным заболеваниям.

Минздрав России не планирует проводить работу по стандартизации медицинских технологий, т.к. медицинская технология представляет собой совокупность методов (приемов, способов) лечения, диагностики, профилактики, реабилитации с применением лекарственных средств, медицинских изделий и оборудования, с помощью которых данные методы осуществляются.

Вопрос разрешения к медицинскому применению лекарственных средств и медицинских изделий законодательно урегулирован.

Отраслевой стандарт 91500.05.0002-2001 «Государственный информационный стандарт лекарственного средства. Основные положения» был разработан на основании Федерального закона № 86-ФЗ «О лекарственных средствах».

В соответствии с принятым Федеральным законом № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» был законодательно определен перечень документов, входящих в регистрационное досье и необходимых для регистрации лекарственных средств для медицинского применения.

Одновременно, учитывая предложения экспертного профессионального сообщества, для улучшения обеспечения качества информации о лекарственных средствах, разрешенных к медицинскому применению в Российской Федерации, Минздравом России разработан проект Федерального закона «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обращении лекарственных средств» и статью 333.32.1. части 2 Налогового кодекса Российской Федерации». В данном законопроекте

предусмотрено возобновление ведения типовых клинико-фармакологических статей лекарственного средства (ведение реестра инструкций по медицинскому применению взаимозаменяемых лекарственных препаратов), ранее являвшихся важной частью Государственного информационного стандарта лекарственного средства.

Реестр инструкций будет представлять собой сборник официальных документов, содержащих сведения об основных свойствах лекарственных средств или часто используемых (стандартных) их комбинаций, определяющих эффективность и безопасность ЛС, разрабатываемых (при составлении впервые) экспертным органом и утверждаемых в установленном порядке Минздравом России.

67. Известно, что система здравоохранения может быть основана на федеральном бюджете.

Почему мы так упорно отказываемся от самой постановки вопроса о возможности построения российской системы здравоохранения на основе бюджета? Только потому, что разработка бюджетных систем – это заслуга советского периода в развитии нашего государства? Но тогда давайте подойдем к этому вопросу с другой стороны – примерно в то же время, в конце 30-х годов XX века, в Великобритании лорд Беверидж представляет в парламенте доклад, официальное название которого «Социальное страхование и смежные услуги», суть которого – в государственном покрытии и предоставлении социальных услуг. Его план был успешно воплощен в стране уже после войны в виде Национальной системы здравоохранения (1948). Сегодня аналогичные системы существуют во многих странах. Система национального здравоохранения (бюджетная) получила развития, кроме уже упомянутой Великобритании, в Дании (1973), Ирландии (1971), Португалии (1979), Италии (1980), Испании (1986), Греции (1983). Национальные системы здравоохранения существуют и в странах Южной Америки. Мировым признанием пользуется кубинская национальная система медицинского обслуживания. Куба с ее государственной системой – лидер региона по показателям снижения младенческой смертности и по обеспеченности местами в стационарных медицинских учреждениях.

Только мы с упорством, достойным лучшего применения, продолжаем отстаивать тот путь, который избрали в начале 90-х годов XX века и который вот уже третий десяток лет не дает нам положительных результатов.

Главные преимущества, которые дает нам здравоохранение, основанное на бюджете, - это всеобщий охват населения услугами здравоохранения, финансирование из средств общего налогообложения, контроль со стороны парламента и управление правительственными

органами. В процессе реализации эта концепция получила название «программы национальных медицинских услуг», поскольку их основным поставщиком становилось государство, предоставлявшее медицинские услуги как общественные блага. В качестве единственного страховщика в таких системах выступает, как правило, государство. Модель национального здравоохранения в отличие от страховых систем характеризуется достаточно высокой экономичностью. Бюджетная модель характеризуется значительной (исключительной) ролью государства. Финансирование здравоохранения осуществляется, главным образом, за счет налогов с предприятий и населения. Население страны получает медицинскую помощь бесплатно (за исключением небольшого набора медицинских услуг) и преимущественно в государственных учреждениях. Таким образом, государство является главным покупателем и поставщиком медицинской помощи, обеспечивая удовлетворение большей части общественной потребности в услугах здравоохранения. Рынку здесь отведена второстепенная роль, как правило, под контролем государства. И в условиях, когда мы постоянно говорим о недостаточности финансирования здравоохранения, уместен вопрос: почему бы не перейти к самой экономичной модели для государства с точки зрения расходования бюджетных средств?

До 1993 года в Российской Федерации существовала бюджетная модель финансирования здравоохранения.

Существенным недостатком бюджетной модели явилось отсутствие зависимости результатов деятельности здравоохранения от финансового обеспечения отрасли. В бюджетной модели финансируются сметные расходы медицинских организаций, а не лечение конкретных граждан, «деньги идут за расходами медицинских организаций, а не за пациентом». При данной модели финансирования существует опасность исчерпания финансовых ресурсов без достижения значимых для общества результатов - всеобщего охвата медицинскими услугами, снижения заболеваемости, повышения качества и доступности медицинской помощи, повышения продолжительности жизни.

Более эффективной моделью управления и финансирования отрасли является страховая модель, обеспечивающая финансирование объемов конкретной медицинской помощи, оказанной застрахованным по медицинским тарифам, «деньги идут за пациентом». При этом появляется возможность участия в оказании медицинской помощи организаций различных форм собственности.

Введение системы ОМС в 1993 году рассматривалось, прежде всего, как средство получения гарантированного источника финансирования здравоохранения в условиях усугубляющейся социально-экономической

ситуации в стране, что позволило поддержать потенциал отрасли в условиях рыночных преобразований.

В настоящее время в Российской Федерации внедрена бюджетно-страховой модель финансирования здравоохранения, обеспечившая усиление страховых принципов и расширения видов медицинской помощи, оказываемых в системе обязательного медицинского страхования.

68. Государственная Дума приняла в первом чтении законопроект «Об охране здоровья населения от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака». Представляется, что самостоятельно смогут бросить курить только 20 – 25 % курильщиков (около 10 млн. человек). Остальным требуется медицинская и психологическая помощь для преодоления табачной зависимости. Потребуется значительные финансовые и кадровые ресурсы. Подобные программы необходимы также для лечения и реабилитации наркоманов и алкоголезависимых граждан, когда административные меры будут малоэффективны.

Предполагается ли создание таких программ и как Минздрав России планирует осуществлять эти программы?

Оказание медицинской помощи населению, направленной на отказ от потребления табака и лечение табачной зависимости, будет предусмотрено в имеющемся Порядке оказания наркологической помощи населению Российской Федерации (приказ Минздравсоцразвития № 225ан от 09.04.2010), путем внесения соответствующих изменений.

Также необходимо подготовить стандарт оказания медицинской помощи населению, направленной на отказ от потребления табака и лечения табачной зависимости.

69. По стандартам, утвержденным Минздравом России, Центры здоровья создаются на территориях с численностью населения в 200 тысяч человек. В условиях Крайнего Севера и Арктики, чтобы иметь такой центр, необходимо 11 районов, которые размещены на территории в 600 тысяч квадратных километров.

Планирует ли Министерство здравоохранения Российской Федерации рассмотреть возможность увеличения количества Центров здоровья в соответствующих регионах, исходя из условий Крайнего Севера и Арктики?

Активным элементов первичной профилактики является комплексное обследование в Центрах здоровья по выявлению факторов риска развития заболеваний и патологических состояний и их дальнейшее устранение.

Начиная с 2009 года на базе государственных учреждений здравоохранения субъектов Российской Федерации и учреждений здравоохранения муниципальных образований были созданы и оснащены 502

Центра здоровья для взрослых и 204 Центра здоровья для детей, штаты которых укомплектованы специалистами, прошедшими специальную подготовку.

С целью формирования здорового образа жизни у сельских граждан, в том числе проживающих в отдаленных населенных пунктах, каждому Центру здоровья определена зона ответственности, которая обслуживается за счет выездных форм работы.

Для дальнейшего развития сети Центров здоровья и приближения профилактической помощи жителям отдаленных территорий субъектов Российской Федерации в ряде регионов организована работа мобильных Центров здоровья.

Вместе с тем профилактика и формирование здорового образа жизни являются одним из приоритетов развития здравоохранения Российской Федерации: планируется существенное развитие инфраструктуры медицинской профилактики (отделения кабинеты медицинской профилактики и увеличение количества Центров здоровья, в том числе в районах с количеством обслуживаемого населения менее 200 тыс. чел.

Минздравом России разработана Концепция развития санитарной авиации в Российской Федерации, которая призвана решить вопросы оказания медицинской помощи в районах Крайнего Севера.

70. В связи с многочисленными нареканиями, касающимися осуществления контроля медицинского освидетельствования усыновителей, планируется ли оптимизация данной процедуры?

В целях реализации абзацев четвертого, пятого и шестого подпункта «а» пункта 1 Указа Президента Российской Федерации от 28 декабря 2012 г. № 1688 «О некоторых мерах по реализации государственной защиты детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей» Минздравом подготовлен проект постановления Правительства РФ, наделяющий его полномочиями по изданию порядка медицинского освидетельствования граждан, намеревающихся усыновить (удочерить), взять под опеку (попечительство, патронат) детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Кроме этого, пересмотрен перечень заболеваний, наличие которых не дает права на усыновление (удочерение) или оформления иных форм воспитания детей. В настоящий момент данные проекты направлены в Минюст России на антикоррупционную и правовую экспертизы.

71. В соответствии с законодательством РФ медицинские представители компаний, производящих лекарства и медицинскую технику, ограничены в праве общения с врачами. Такое общение

необходимо, и целый ряд зарубежных компаний предлагает различные варианты получения российскими врачами системной информации о лекарствах, обучения их работать с новыми медицинскими изделиями, освоения ими новых медицинских технологий.

Какие Вы видите варианты решения этой проблемы?

В соответствии со Статьей 74. «Ограничения, налагаемые на медицинских работников и фармацевтических работников при осуществлении ими профессиональной деятельности» Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинские работники и руководители медицинских организаций не вправе осуществлять прием представителей фармацевтических компаний, производителей или продавцов медицинских изделий, за исключением ряда случаев.

В частности, законодательством предусмотрены подобные контакты по вопросам, связанным с проведением клинических исследований лекарственных препаратов, клинических испытаний медицинских изделий, участия в порядке, установленном администрацией медицинской организации, в собраниях медицинских работников.

Кроме того, допускается осуществление контактов медицинских работников с представителями фармацевтических компаний и производителей медицинских изделий в рамках проведения мероприятий, связанных с повышением их профессионального уровня или предоставлением информации, в части мониторинга безопасности лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения.

Таким образом, законодательно заложены возможности повышения квалификации медицинских работников и освоения ими новых технологий здравоохранения с привлечением различных ресурсов компаний.

72. В ближайшем будущем Российская Федерация перейдет на международные стандарты производства лекарственных препаратов.

Что будет с небольшими заводами, работающими на устаревшем оборудовании, но выпускающими дешевые лекарства из советского периода?

В настоящее время с учетом распределения областей регулирования и полномочий федеральных органов исполнительной власти, внедрение в Российской Федерации правил надлежащей производственной практики (GMP) относится к сфере промышленной политики и входит в компетенцию Министерства промышленности и торговли Российской Федерации.

Следует отметить, что вопросы обязательного внедрения GMP на территории Российской Федерации поднимались ранее неоднократно, и принимались соответствующие регуляторные решения.

В рамках подготовки к внедрению GMP практически все предприятия российской фармацевтической отрасли в течение последних десятилетий последовательно разрабатывали и реализовывали планы по их технологическому и организационному переходу на международные стандарты производства и контроля качества лекарственных средств.

73. Постановление Правительства Российской Федерации от 22 октября 2012 г. № 1074 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и плановый период 2014 и 2015 годов» (далее – ПГГ) рекомендует органам государственной власти субъектов Российской Федерации утвердить до 25 декабря 2012 года территориальный программы. Вместе с тем, в настоящее время нет информационного письма Министерства здравоохранения Российской Федерации «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов» (на 2012 год аналогичное письмо было от 22 декабря 2011 года).

Учитывая изложенное, в какие сроки предполагается выход данного письма?

Информационное письмо «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов» направлено Министерством здравоохранения Российской Федерации 25 декабря 2012 г. за № 11-9/10/2-5718.

Проект информационного письма был размещен на официальном сайте Министерства здравоохранения Российской Федерации 30 ноября 2012 года.

Кроме того, во исполнение п. 2 постановления Правительства Российской Федерации от 22 октября 2012 г. № 1074 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и плановый период 2014 и 2015 годов» Министерством здравоохранения Российской Федерации разработаны и направлены в субъекты Российской Федерации рекомендации «Способы оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп болезней (КСГ)» от 20.12.2012 года №14-6/10/2-5305.

74. Каким образом будет совершенствоваться оказание медицинской помощи детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей, в том числе после передачи их в семью?

75. Система медицинского сопровождения детей-сирот, как находящихся в учреждениях, так и взятых на попечение, требует пересмотра и развития, тем более, что об этом идет речь в Указе Президента России. Какие меры предприняты в этом направлении? (О.Ю.Баталина)

В целях реализации Указа Президента Российской Федерации Минздравом России подготовлен и направлен на согласование в заинтересованные министерства проект постановления Правительства Российской Федерации «О мерах по совершенствованию организации медицинской помощи детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей» (далее – постановление).

Постановление создает правовые основания для разработки и утверждения Минздравом России приказов, направленных на улучшение медицинской помощи детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей.

Министерством будут утверждены, после наделения соответствующими полномочиями Правительством Российской Федерации следующие проекты приказов:

«Об утверждении Порядка проведения диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей», предусматривающий расширение контингента детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, с учетом усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью;

«Об утверждении Порядка организации оказания медицинской помощи детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей», в котором определен порядок организации всех видов медицинской помощи детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей;

«Об утверждении Порядка передачи сведений о детях-сиротах и детях, оставшихся без попечения родителей, для внесения в информационную систему «Информационно-аналитическая система Министерства здравоохранения Российской Федерации», в котором определен порядок, формы и сроки передачи информации о детях-сиротах и детях, оставшихся без попечения родителей.

С целью мониторинга оказания специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи данной категории детей Минздравом России подготовлены проекты приказов по внесению изменений в части уточнения социального статуса пациента (ребенок-сирота и ребенок, оставшийся без попечения родителей) в приказы Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16 апреля 2010г. № 243н «Об организации оказания специализированной медицинской помощи» и приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 11 марта 2012 г. № 212н «О формах статистического учета и отчетности об оказании

высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации, и порядке их заполнения».

Кроме того, Минздравом России подготовлен и направлен на согласование в заинтересованные министерства проект постановления Правительства Российской Федерации «Об утверждении перечня заболеваний, при наличии которых лицо не может усыновить (удочерить) ребенка, взять под опеку (попечительство, патронат)», в котором пересмотрен и сокращен перечень заболеваний, при наличии которых лицо не может усыновить (удочерить) ребенка, принять его под опеку (попечительство), взять в приемную или патронатную семью.

Так же, Минздравом России разработан проект приказа, определяющий новый порядок медицинского освидетельствования граждан, желающих стать усыновителями, опекунами (попечителями) или приемными родителями.

Все это позволит не только улучшить медицинское сопровождение данного контингента детей, но и будет способствовать созданию благоприятных условий для передачи в семьи граждан Российской Федерации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

76. С 1 января 2013 года все медицинские учреждения должны начать работу в соответствии с федеральными стандартами.

В какие сроки будут утверждены все необходимые для работы федеральные стандарты?

Во исполнение положений Федерального закона № 323-ФЗ Минздравом России проводится работа по подготовке и утверждению порядков, обязательных для исполнения на всей территории Российской Федерации и стандартов оказания медицинской помощи.

В настоящее время утверждены 58 порядков оказания медицинской помощи по ее «профилям», видам медицинской помощи, заболеваниям или состояниям, 50 из них зарегистрированы Минюстом России по остальным завершается процедура государственной регистрации.

В 2012 году приказами Минздрава России утверждены 775 стандартов оказания медицинской помощи.

Стандарты были разработаны совместно с медицинским экспертным сообществом под руководством главных внештатных специалистов Минздрава России.

На этапе согласования все стандарты проходили экспертную оценку в Федеральном фонде обязательного медицинского страхования (далее – ФФОМС). На 775 стандартов были получены заключения ФФОМС о том, что их финансовое обеспечение возможно в рамках территориальных программ обязательного медицинского страхования, после чего стандарты были утверждены приказами Минздрава России.

Устные вопросы к «Правительственному часу»

77. В большинстве субъектов РФ имеют место трудности в обеспечении лекарственными препаратами больных, страдающих редкими (орфанными) заболеваниями.

В соответствии со ст.83 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» и Постановлением Правительства РФ от 26 апреля 2012 г. № 403 обеспечение лекарственными препаратами больных с орфанными заболеваниями осуществляется за счет средств бюджетов субъектов РФ. Часть территорий РФ не имеет достаточных финансовых средств для закупки орфанных лекарств.

Какие меры Минздрав РФ планирует принять для изменения существующего порядка финансирования и обеспечения лекарственными препаратами больных, страдающих редкими заболеваниями?

Кроме того, в Постановление Правительства РФ № 403 от 26 апреля 2012 г. включены 24 нозологии жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких заболеваний. Планируется ли расширение этого перечня и как часто это будет производиться? (З.Я.Рахматуллина)

Проблема обеспечения лекарственными препаратами больных редкими заболеваниями является одной из самых обсуждаемых во всем мире.

В странах Европейского союза регулирование вопросов в сфере редких заболеваний осуществляется Европейской Комиссией с 1999 года согласно совместному решению Европейского парламента и Совета Европы «Орфанная медицинская продукция» (REGULATION (EC) No 141/2000 OF THE EUROPEAN PARLIAMENT AND OF THE COUNCIL).

Все страны-участники Европейского союза принимают национальные программы и стратегии в области редких заболеваний, которыми определяются критерии отнесения отдельных видов заболеваний к категории редких (орфанных), а также принципы назначения орфанных препаратов, меры по стимулированию исследований и разработки лекарственных средств, предназначенных для лечения, диагностики и профилактики редких заболеваний.

Кроме того, например, в Италии каждый регион самостоятельно разрабатывает, утверждает и реализует региональный план по организации медицинской помощи больным с редкими заболеваниями, их диагностике и обеспечению лекарственными препаратами.

В целом же, для большинства стран Европейского союза проблемы лекарственного обеспечения больных, страдающих редкими заболеваниями, остаются очень острыми и общими. К ним относятся недостаток информации, невозможность своевременного диагностирования заболевания, отсутствие нужных лекарственных препаратов.

В Российской Федерации Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ) закреплено определение редких (орфанных) заболеваний, а также утверждены положения об обеспечении граждан лекарственными препаратами для лечения заболеваний, включенных в перечень жизнеугрожающих острых и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни гражданина или его инвалидности.

Статьями 16 и 83 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ за органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации закреплены полномочия по обеспечению граждан зарегистрированными в установленном порядке на территории Российской Федерации лекарственными препаратами для лечения заболеваний, включенных в перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни гражданина или его инвалидности.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 26.04.2012 № 403 утвержден перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, и правила ведения Федерального регистра лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, и его регионального сегмента.

В целях реализации постановления Правительства Российской Федерации от 26.04.2012 № 403 Министерством здравоохранения Российской Федерации проводится работа по созданию и заполнению Федерального регистра.

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.11.2012 № 950н утверждены формы документов для ведения регионального сегмента Федерального регистра лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, и порядок их представления.

Вместе с тем в настоящее время еще не сложилась правоприменительная практика регулирования рассматриваемых правоотношений как на территории Российской Федерации в целом, так и на территории конкретного субъекта Российской Федерации.

Следует отметить, что большинство детей с редкими (орфанными) заболеваниями являются инвалидами.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.07.1994 № 890 «О государственной поддержке медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения» на органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации возложена функция по оплате лекарственных средств и изделий медицинского назначения, отпускаемых в установленном порядке населению по рецептам врачей бесплатно или со скидкой, а также утвержден перечень групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно или с 50-процентной скидкой.

Данным постановлением Правительства Российской Федерации определено, что дети первых трех лет жизни и дети-инвалиды в возрасте до 18 лет обеспечиваются всеми лекарственными средствами по рецептам врачей бесплатно, а больные с некоторыми редкими (орфанными) заболеваниями (фенилкетонурией, острой перемежающей порфирией, преждевременным половым развитием, гематологическими заболеваниями, гемобластозами, цитопениями, наследственными гемопатиями) обеспечиваются необходимыми лекарственными средствами по рецептам врачей бесплатно.

Таким образом, субъекты Российской Федерации в рамках указанного постановления уже несут расходы по организации лекарственного обеспечения лиц, страдающих редкими (орфанными) заболеваниями.

Следует отметить, что Министерством проводится работа над стандартами оказания медицинской помощи больным редкими заболеваниями с участием главных внештатных специалистов Министерства и с привлечением экспертного сообщества.

Данные Федерального регистра и стандарты оказания медицинской помощи станут основой для планирования объемов финансирования, необходимых для оказания медицинской помощи больным орфанными заболеваниями и принятия аргументированных решений о возможном предоставлении регионам субсидий из федерального бюджета или включении некоторых редких заболеваний, требующих дорогостоящего лечения, в перечень, утвержденный распоряжением Правительства Российской Федерации от 31.12.2008 № 2053-р.

78. Во многих странах последние годы активно начало развиваться новое направление в здравоохранении, так называемая 4П – Медицина, основанная на персонализированном подходе к пациенту и включающая предсказательность появления заболевания, профилактику заболевания и активное участие пациента.

Что делает, или планирует сделать в этом направлении Министерство здравоохранения? (Н.Ф.Герасименко)

Принцип 4П применительно к медицине означает, прежде всего, переход к персонализированной медицине, цель которой состоит в том, чтобы на основе достижений геномики, постгеномных технологий, терапевтического лекарственного мониторинга и молекулярной фармакологии найти наиболее соответствующий клинический подход для конкретного больного и в некоторых случаях даже разработать схему лечения пациента в соответствии с его индивидуальными параметрами.

Во-вторых, медицина 4П связана с предиктивным, предсказательным подходом, когда с использованием современных методов оценивается риск развития того или иного заболевания на самых ранних стадиях онтогенеза человека.

Наконец, медицина 4П – это профилактическая медицина, направленная на предотвращение развития заболеваний. Все указанные принципы проходят красной нитью в основополагающих документах, разрабатываемых Минздравом. В частности, они заложены в Стратегию развития медицинской науки до 2025 года, утвержденную 28 декабря 2012 года Распоряжением Правительства Российской Федерации. В последнее время рассмотрен и одобрен ряд проектов, направленных на раннее выявление онкологических заболеваний, разработку препаратов, направленных на предупреждение социально-значимых инфекций, таких как грипп и туберкулез и др. Этот подход и дальше будет развиваться ускоренными темпами.

79. Система медицинского сопровождения детей-сирот, как находящихся в учреждениях, так и взятых на попечение, требует пересмотра и развития, тем более, что об этом идет речь в Указе Президента России. Какие меры предприняты в этом направлении? (О.Ю.Баталина)

В целях реализации Указа Минздравом России подготовлен и направлен на согласование в Минобрнауки России, Минтруд России, Минрегион России и Минфин России проект постановления Правительства Российской Федерации «О мерах по совершенствованию организации медицинской помощи детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей» (далее – постановление).

Постановление создает правовые основания для разработки и утверждения Минздравом России приказов, направленных на улучшение медицинской помощи детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей.

Также постановлением предложен ряд решений, направленных на совершенствование медицинской помощи детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей Минздраву России, Росздравнадзору и

высшим должностным лицам (руководителям высших исполнительных органов государственной власти) субъектов Российской Федерации.

В свою очередь Минздравом России разработаны проекты приказов, предусматривающие дальнейшую реализацию постановления.

Так, проект приказа Минздрава России «Об утверждении Порядка проведения диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей» предусматривает расширение контингента детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, с учетом усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью.

Кроме того, проектом приказа Минздрава России предусмотрен мониторинг оказания медицинской помощи детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей, с анализом результатов, проведенных лечебно-диагностических мероприятий.

Проектом приказа Минздрава России «Об утверждении Порядка организации оказания медицинской помощи детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей» определен порядок организации всех видов медицинской помощи детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей, в том числе первичной медико-санитарной помощи; скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи; специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи и паллиативной медицинской помощи.

Проектом приказа Минздрава России «Об утверждении Порядка передачи сведений о детях-сиротах и детях, оставшихся без попечения родителей, для внесения в информационную систему «Информационно-аналитическая система Министерства здравоохранения Российской Федерации» определен порядок, формы и сроки передачи информации о детях-сиротах и детях, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, переданных на различные формы семейного устройства.

Кроме того, Минздравом России подготовлены проекты приказов по внесению изменений в части уточнения социального статуса пациента (ребенок-сирота и ребенок, оставшийся без попечения родителей) в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16 апреля 2010г. № 243н «Об организации оказания специализированной медицинской помощи» и приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 11 марта 2012 г. № 212н «О формах статистического учета и отчетности об оказании высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации, и порядке их заполнения», что позволит

проводить мониторинг оказания специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи данной категории детей.

Также сообщаем, что Минздравом России подготовлен и направлен на согласование в Минобрнауки России и Минтруд России проект постановления Правительства Российской Федерации «Об утверждении перечня заболеваний, при наличии которых лицо не может усыновить (удочерить) ребенка, взять под опеку (попечительство, патронат)».

Проектом постановления сокращен перечень заболеваний, при наличии которых лицо не может усыновить (удочерить) ребенка, принять его под опеку (попечительство), взять в приемную или патронатную семью. Наличие злокачественного новообразования не является абсолютным противопоказанием. Исключена из списка противопоказаний V диспансерная группа наблюдения по туберкулезу. Граждане, при наличии II группы инвалидности с первой степенью ограничения одной из категорий жизнедеятельности, могут подавать документы на усыновление (удочерение), опеку (попечительство, патронат) детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

Таким образом, сокращение перечня заболеваний значительно повышает возможность передачи на воспитание детей, оставшихся без родителей, близким родственникам, а также взять под опеку (попечительство, патронат) детей-сирот для лиц, осуществляющих воспитательную деятельность в детских домах семейного типа.

В свою очередь Минздравом России разработан проект приказа, определяющий новый порядок медицинского освидетельствования граждан, желающих стать усыновителями, опекунами (попечителями) или приемными родителями.

Новый порядок медицинского освидетельствования предусматривает не только четкие сроки действия результатов инструментальных и лабораторных методов исследования, но и срок прохождения медицинского обследования с момента обращения гражданина в медицинскую организацию.

Существенным изменением в новом порядке медицинского освидетельствования для граждан, намеревающихся усыновить (удочерить), взять под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, является увеличение срока действия медицинского заключения с 3 месяцев до 6 месяцев со дня выдачи такого заключения.

Принятие названных нормативных правовых актов будет способствовать созданию благоприятных для передачи в семьи граждан Российской Федерации детей, оставшихся без попечения родителей, обеспечения их медицинской помощью всех видов, включая специализированную, в том числе высокотехнологичную.

80. Известно, что применение метадона не излечивает от наркозависимости и не дает гарантий на длительную ремиссию после его отмены.

Зависимость от опиатоподобных веществ все равно сохраняется на длительное время, чаще всего пожизненно.

Это вызывает серьезные возражения на допустимость применения в России метадоновой программы, так как фактически происходит замещение одного наркотика другим.

Насколько остро стоит сейчас вопрос о необходимости применения заместительной терапии метадоном как об альтернативной помощи больным опиоидной зависимостью?

Вопрос о введении в Российской Федерации заместительной терапии метадоном не стоит.

В соответствии пунктом 6 статьи 31 Федерального закона от 8 января 1998 года № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» в Российской Федерации запрещается лечение наркомании наркотическими средствами и психотропными веществами, внесенными в Списки наркотических средств и психотропных веществ.

В последние годы ситуация с заболеваемостью расстройствами, вызванными злоупотреблением наркотическими средствами, стабилизировалась и Министерство здравоохранения Российской Федерации сохраняет свою однозначную позицию о неприемлемости использования в качестве средств заместительной опиоидной терапии препаратов, входящих в Списки наркотических средств и психотропных веществ.

Во исполнение подпункта «д» пункта 2 Указа Президента Российской Федерации от 07.05.2012 № 598 «завершить до 1 января 2016 г. модернизацию наркологической службы Российской Федерации» Министерством здравоохранения Российской Федерации подготовлена Концепция модернизации наркологической службы Российской Федерации до 2016 года, определяющая основные направления модернизации и которая предусматривает оказание наркологической помощи в свободной от наркотиков среде.

Кроме того, приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 № 929н утвержден Порядок оказания медицинской помощи по профилю «наркология», предусматривающий последовательность и приемственность этапов оказания наркологической помощи от купирования абстинентных расстройств до медико-социальной реабилитации со значительным расширением штата медицинских психологов, специалистов по социальной работе и социальных работников, участвующих в оказании медицинской помощи, лицам, зависимым от приема психоактивных веществ. В настоящий момент данный приказ проходит регистрацию в Министерстве юстиции Российской Федерации.

81. Ваше отношение к переводу ГКБ № 31 в г. Санкт-Петербурге?

Реорганизация или ликвидация медицинских учреждений города, в том числе ГКБ № 31, относится к компетенции властей г. Санкт-Петербурга.

При этом необходимо отметить, что какого-либо решения о ликвидации или реорганизации ГКБ № 31 не принималось.

Министерство здравоохранения РФ исходит из того, что при решении обсуждаемого вопроса принципиально важно не допустить снижения качества и доступности медицинской помощи населению г. Санкт-Петербурга. Прежде чем будет принято окончательное решение, должны быть внимательно рассмотрены все возможные варианты