



**С 1 января 2011 года в стране заработал новый закон об обязательном медицинском страховании. По сути, в нормах нового федерального закона нашли отражение те позиции, о которых много говорилось на протяжении последних лет. Главный смысл предстоящих изменений – необходимость выстроить систему обязательного медицинского страхования и здравоохранения так, чтобы центральное место в ней занял человек, а стимулы в деятельности медицинских организаций зависели от того, насколько пациент удовлетворен качеством и доступностью оказанной медицинской помощи. Вот об этих важных задачах и о том, как сделать здравоохранение сегодня более привлекательным, в интервью нашему еженедельнику рассказывает исполнительный директор ТФОМС Алтайского края Ирина Викторовна ДОЛГОВА.**

**– Ирина Викторовна, вы принимали участие в заседании расширенной итоговой коллегии Главного управления Алтайского края по здравоохранению. Хотелось бы сегодня услышать от вас о некоторых итогах работы...**

– Отвечая на ваш вопрос, коротко остановлюсь на работе системы ОМС и нашем взаимодействии с лечебными учреждениями. Здесь необходимо отметить, что в целом 2010 год для системы обязательного медицинского страхования и здравоохранения стал годом значительных преобразований. Был не только принят новый федеральный закон об обязательном медицинском страховании, но и началась масштабная работа над региональной программой модернизации здравоохранения. В этой связи одной из основных задач Территориального фонда обязательного медицинского страхования Алтайского края как в прошлом году, так и в настоящее время является финансирование медицинских организаций и обеспечение прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи. Говоря о финансировании, необходимо отметить, что, несмотря на все экономические сложности, параметры бюджета фонда за 2010 год исполнены. Продолжена работа по повышению структурной эффективности отрасли, с тем чтобы приблизиться к установленным федеральным нормативам по оказанию медицинской помощи в дневных стационарах, поликлиниках и стационарах. Реструктуризация коечного фонда в медицинских организациях проводится в крае уже не первый год и направлена на достижение сбалансированности между всеми видами медицинской помощи, что должно способствовать в первую очередь повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами.

Анализируя исполнение показателей территориальной программы обязательного медицинского страхования в части выполнения объемов медицинской помощи, необходимо отметить определенную положительную динамику по всем основным ее видам. Так, по сравнению с 2009 годом увеличились объемы амбулаторной и несколько снизились объемы стационарной помощи. В свою очередь, объемы медицинской помощи, оказанной пациентам в дневных стационарах, выросли значительно, в целом на 34%, что практически соответствует федеральным нормативам.

**– В последнее время на слуху такая важная тема, как предстоящая модернизация**

## НА ПОВЕСТКЕ – МОДЕРНИЗАЦИЯ



**краевого здравоохранения. Мы знаем, что программа по модернизации, которую подготовил край, утверждена. И в этой связи хотелось бы узнать, чего нам ждать?**

– Региональная программа модернизации здравоохранения Алтайского края подписана, а ее реализация в крае будет осуществляться на основании Соглашения между губернатором Алтайского края А.Б. Карлиным, Министерством здравоохранения и социального развития РФ и Федеральным фондом ОМС. Как вы знаете, программа модернизации рассчитана на два года (2011-2012 гг.). В ней предусмотрено несколько направлений, в том числе укрепление материальной базы медицинских организаций и улучшение организации оказания бесплатной помощи. На эти цели будет направлено более 8 млрд.

руб. Основой модернизации системы обязательного медицинского страхования и здравоохранения является Федеральный закон № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в РФ". В соответствии с ним выстраивается и порядок взаимодействия Территориального фонда, страховых компаний и медицинских организаций, а в целом контроль в системе ОМС за работой как страховых медицинских организаций, так и лечебных учреждений, в том числе и за эффективным использованием средств, возложен по-прежнему на Территориальный фонд. Будут продолжены те направления в здравоохранении, которые показали свою эффективность через реализацию приоритетного национального проекта "Здоровье". Такие направления, как финансовое обеспечение дополнительных выплат участковым службам, фельдшер-

ско-акушерским пунктам, проведение диспансеризации работающих граждан и детей-сирот, уже позволили увеличить заработную плату соответствующих категорий медицинских работников. Проблема заработной платы также будет решаться в рамках программы модернизации.

Поэтому важным направлением этой программы является внедрение стандартов оказания медицинской помощи и повышение доступности амбулаторной медицинской помощи. Стандарт представляет собой обязательный объем оказания помощи пациенту. По рекомендации Минздрава, начать их внедрение в регионе планируется с тех заболеваний, которые обуславливают наибольшую смертность населения.

Оплата медицинской помощи по стандартам позволит увеличить заработную плату медицинских работников стационарного звена.

Запланировано повышение заработной платы врачам-специалистам, а также специалистам со средним медицинским образованием, работающим в амбулаторном звене. Указанным категориям специалистов будут введены стимулирующие выплаты с учетом оценки качества работы специалистов на основании индикативных показателей. Повышение затронет все категории медицинского персонала, задействованного в оказании амбулаторной медицинской помощи. Комплексное, последовательное проведение всех мер позволит поднять уровень оплаты труда медицинских работников и повысить качество и доступность медицинской помощи.

**– Раз уж мы заговорили о новом законе, не могли бы вы рассказать о его основных положениях?**

– С принятием нового закона об обязательном медицинском страховании для граждан расширились возможности по выбору страховой

будут предъявляться.

С учетом регламентированного права граждан на выбор медицинской организации и врача сегодня важный момент работы медицинских учреждений – это обеспечение доступности и качества медицинской помощи. И в первую очередь – соблюдение гарантированных прав, оптимизация оказания медицинской помощи, персонализированный учет граждан, прикрепленных на медицинское обслуживание по территориальному принципу и по заявлениям о выборе медицинской организации, проведение ведомственного контроля качества медицинской помощи. Каждый руководитель медицинского учреждения должен выстроить такую модель оказания медицинской помощи, такое взаимодействие с пациентами, чтобы последние делали осознанный выбор в пользу того или иного медицинского учреждения.

**– Ирина Викторовна, законом предусмотрено также право человека на выбор страховой компании. Оно у нас сегодня реализуется в крае?**

– Говоря о праве на выбор или замену страховой компании, необходимо отметить, что Фондом проведена серьезная работа со страховыми организациями, в том числе определен единый Порядок их взаимодействия при осуществлении гражданами выбора страховой медицинской организации. И сегодня у нас в крае это право реализуется беспрепятственно. В настоящее время, по данным нашего мониторинга, более 50 тысяч наших жителей уже воспользовались им и выбрали страховщика по своему усмотрению.

**– А новые полисы медицинского страхования будут выдаваться с 1 мая, как написано в законе, и что будет со старыми полисами?**

– Да, действительно, закон предусматривает замену полисов обязательного медицинского страхования на полисы единого образца по всей Российской Федерации. Данная работа начнется в регионах с 1 мая текущего года. Федеральными нормативными документами определена технология выдачи полисов единого образца. Выдачу полисов единого образца будут проводить страховые медицинские организации при участии и обязательном контроле со стороны Фонда. Сразу хочу подчеркнуть, что для оформления полисов единого образца отведен длительный переходный период, вплоть до 2014 года. В первую очередь это коснется лиц, которые впервые получают полис обязательного медицинского страхования, меняют полис в случае его утраты или ветхости, реализуют свое право на замену страховой медицинской организации и т. д. Всем остальным категориям населения полисы единого образца будут выписываться постепенно в плановом режиме и по мере подачи заявлений о выборе или замене СМО. Поэтому у наших жителей не должно быть никаких волнений.

Также хочу успокоить жителей, чтобы они не волновались насчет сроков действия ранее выданных полисов. В ст. 51 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" закреплено буквально следующее: полисы обязательного медицинского страхования, выданные лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию до дня вступления в силу указанного Федерального закона, являются действующими до замены их на полисы обязательного медицинского страхования единого образца. Таким образом, в настоящее время все полисы обязательного медицинского страхования, в том числе выданные ранее, действительны наряду с новыми полисами единого образца.

Еще хочу обратить внимание наших читателей, что они всегда могут позвонить и проконсультироваться по всем интересующим вопросам со специалистами Фонда по телефонам "горячей линии" – 63-32-86 и 26-80-21.

**Лариса ПРИСЯЖНАЯ.**