Документ предоставлен КонсультантПлюс

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПИСЬМО
от 15 мая 2014 г. N 11-10/10/1-2351

Аудитору Счетной палаты
Российской Федерации
А.В.ФИЛИПЕНКО

Министерство здравоохранения Российской Федерации рассмотрело, проанализировало предложения и замечания, изложенные в представлении Счетной палаты Российской Федерации по результатам проведенного контрольного мероприятия "Аудит эффективности использования средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, направляемых в 2011 - 2013 годах на реализацию программ и мероприятий по модернизации здравоохранения" и направляет материалы, включая План мероприятий Министерства здравоохранения Российской Федерации по работе над замечаниями Счетной палаты Российской Федерации по результатам указанного контрольного мероприятия.

Приложение: 1. Материалы на 34 л. в 1 экз.

2. План мероприятий Министерства здравоохранения Российской Федерации по работе над замечаниями Счетной палаты Российской Федерации на 12 л. в 1 экз.

А.З.ФАРРАХОВ

МАТЕРИАЛЫ
О РЕЗУЛЬТАТАХ РАССМОТРЕНИЯ ЗАМЕЧАНИЙ СЧЕТНОЙ ПАЛАТЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО ИТОГАМ КОНТРОЛЬНОГО МЕРОПРИЯТИЯ "АУДИТ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СРЕДСТВ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ, НАПРАВЛЕННЫХ В 2011 - 2013 ГОДАХ НА РЕАЛИЗАЦИЮ ПРОГРАММ И МЕРОПРИЯТИЙ ПО МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ"

1. Программа развития перинатальных центров в Российской Федерации разработана и внесена в Правительство Российской Федерации письмом от 28 мая 2013 г. N 15-4/10/1-2453.

Доработанный с учетом обсуждения на совещании у Заместителя Председателя Правительства Российской Федерации О.Ю. Голодец 10 июня 2013 г. (протокол N ОГ-П12-120пр) проект мероприятий по развитию перинатальных центров в Российской Федерации (Программа на 2013 - 2016 годы) и проект Указа Президента Российской Федерации "О мерах по совершенствованию оказания медицинской помощи при родовспоможении и детям в Российской Федерации" направлены в Правительство Российской Федерации письмом от 22 июня 2013 г. N 1-5/10/1-2900.

Проект указа Президента Российской Федерации "О мерах по развитию перинатальных центров в Российской Федерации" и проект постановления Правительства Российской Федерации "О Программе мер по развитию перинатальных центров в Российской Федерации в 2013 - 2016 годах", доработанные в части нормативного правового регулирования вопросов финансового

обеспечения строительства перинатальных центров с учетом замечаний Минфина России и Минэкономразвития России, а также по итогам совещания 22 июля 2013 г. в Государственно-правовом управлении Президента Российской Федерации, и согласованные Минфином России и Минрегионом России, внесены в Правительство Российской Федерации письмом от 26 июля 2013 г. N 15-4/10/1-3544. Во исполнение протокола совещания у Заместителя Председателя Правительства Российской Федерации О.Ю. Голодец от 29 июля 2013 г. N ОГ-П12-169пр в дополнение к письму от 26 июля 2013 г. N 15-4/10/1-3544 доработанный с учетом замечаний и согласованный Минэкономразвития России проект постановления Правительства Российской Федерации "О программе мер по развитию перинатальных центров в Российской Федерации в 2013 - 2016 годах" повторно направлен в Правительство Российской Федерации письмом от 8 августа 2013 г. N 15-4/10/1-3755.

В целях реализации мероприятий по развитию перинатальных центров в Российской Федерации с учетом предложений и замечаний федеральных органов исполнительной власти Минздравом России подготовлен и внесен в Правительство Российской Федерации 5 сентября 2013 г. проект постановления Правительства Российской Федерации "О внесении изменений в постановление Правительства Российской Федерации от 15 февраля 2011 г. N 85", а также проект распоряжения Правительства Российской Федерации "Об утверждении распределения субсидий из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на реализацию региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации в части мероприятий по строительству перинатальных центров", которые были утверждены Постановлением Правительства Российской Федерации от 15 октября 2013 г. N 925 "О внесении изменений в Правила финансового обеспечения в 2011 - 2013 годах региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации за счет средств, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования" и распоряжением Правительства Российской Федерации от 15 октября 2013 г. N 1873-р.

В последующем погружение программы по развитию перинатальных центров в мероприятия региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации с продлением срока их реализации до 2016 года закреплено Федеральным законом от 25 ноября 2013 г. N 317-ФЗ "О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу отдельных положений законодательных актов Российской Федерации по вопросам охраны здоровья граждан в Российской Федерации" и постановлением Правительства Российской Федерации от 24 декабря 2013 г. N 1230 "О внесении изменений в постановление Правительства Российской Федерации от 15 февраля 2011 г. N 85".

Таким образом, Программа развития перинатальных центров в Российской Федерации принята в формате постановления Правительства Российской Федерации от 15 октября 2013 г. N 925 и распоряжения Правительства Российской Федерации от 15 октября 2013 г. N 1873-р. В связи с дополнительными поручениями документ без изменений приведен в формат программы и утвержден распоряжением Правительства Российской Федерации от 9 декабря 2013 г. N 2302-р.

2. Для расчета норматива числа акушерских коек в стационарах III группы использовался не усредненный норматив средней длительности пребывания больного на койке по профилю акушерство и гинекология (6,1 дня), а именно фактические данные о средней длительности пребывания на койке для беременных и рожениц в субъектах Российской Федерации (данные отраслевой статистической отчетности за 2012 год) и рекомендуемая длительность пребывания на койке по профилю "акушерское дело", которая в соответствии с письмом Минздрава России от 25 декабря 2012 г. N 11-9/10/2-5718 "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" составляет 6,5 дня.

Применение фактических данных обусловлено необходимостью проведения анализа действующей сети учреждений родовспоможения в субъектах Российской Федерации и представления характеристики сложившейся инфраструктуры перинатальной помощи в регионах.

Превышение фактической средней длительности пребывания на койке для беременных и рожениц более 6,5 дней отмечено в 13 из 30 субъектов Российской Федерации, отобранных для строительства перинатальных центров, в том числе 7,2 дня и более в 9 субъектах Российской Федерации, что в отдельных случаях связано с невозможностью применения современных медицинских технологий, а также с дефицитом коек реанимации и интенсивной терапии для новорожденных и коек патологии новорожденных и недоношенных детей.

Для расчета норматива числа акушерских коек в стационарах III группы также использовался рекомендуемый норматив работы койки для беременных и рожениц в году. В соответствии с методическими рекомендациями "Методика расчета потребности субъектов Российской Федерации в медицинских кадрах" (письмо Минздрава России от 26 декабря 2011 г. N 16-1/10/2-13164) рекомендуемый норматив работы койки для беременных и рожениц составляет 252 дня в году. Для регионов со средней и высокой плотностью населения норматив работы койки в году увеличен до 280 дней, а для регионов с низкой плотностью населения составил 252 дня, что обусловлено климатогеографическими условиями и транспортной инфраструктурой.

Норматив работы койки более 280 дней в году противоречит существующим санитарно-эпидемиологическими требованиям к деятельности акушерских стационаров и не учитывает двукратное закрытие акушерского стационара (отделения) на проведение плановой дезинфекции, а также соблюдение принципа цикличности заполнения послеродовых палат (п. 3.3.3 Постановления Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 18 мая 2010 г. N 58 "Об утверждении СанПиН 2.1.3.2630-10 "Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность" (далее - СанПиН 2.1.3.2630-10)).

Ранняя выписка пациентов из послеродового отделения и строгое выполнение противоэпидемического режима существенно увеличивают время вынужденного простоя койки (особенно в условиях многоместных палат) на 1 - 3 дня (с учетом показателя оборота койки дополнительно еще на 48 дней), что позволяет снижать частоту инфекционных осложнений в послеродовом периоде, но одновременно приводит к снижению показателя работы койки для беременных и рожениц.

Размещение пациенток в обсервационном отделении в палаты по нозологическим формам заболеваний, беременных женщин - отдельно от родильниц (п. 3.6.8 СанПиН 2.1.3.2630-10) приводит к вынужденному простою койки.

Следует отметить, увеличение норматива работы койки не оказывает влияния на распределение субсидий из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования в части мероприятий по проектированию, строительству и вводу в эксплуатацию перинатальных центров.

В соответствии с Правилами финансового обеспечения в 2011 - 2016 годах региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации за счет средств, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 15 февраля 2011 г. N 85 (далее - Правила), распределение могло быть осуществлено только тем 30 регионам, которые были отобраны согласно пункту 1 методики, утвержденной указанным постановлением Правительства Российской Федерации.

Распределение субсидий на финансовое обеспечение мероприятий по строительству перинатальных центров осуществлялось в пределах средств, предусмотренных в бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования, в сумме 52 655 701,6 тыс. рублей.

Таким образом, в отсутствие резерва средств в бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2014 году уточнение размера субсидии для Республики Башкортостан в настоящее время не представляется возможным. Кроме того, пересчет размера

субсидий Республике Башкортостан повлечет изменение размера субсидий иным субъектам Российской Федерации в сторону их уменьшения (от 14 млн. рублей в Московской области до 3 млн. рублей в Нижегородской области) с последующим увеличением размера средств, предусматриваемых в бюджетах субъектов Российской Федерации.

В соответствии с утверждением распоряжения Правительства Российской Федерации от 9 декабря 2013 г. N 2302-р программой развития перинатальных центров в Российской Федерации мероприятия по проектированию перинатального центра (I этап) должны завершиться до 1 августа 2014 года. К данному этапу отнесены, в том числе мероприятия по разработке проектной документации и получению разрешения на строительство перинатального центра.

Методикой распределения по субъектам Российской Федерации субсидий, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации 15 февраля 2011 г. N 85, оценка достоверности определения сметной стоимости строительства перинатального центра согласно проектной документации, подтвержденная наличием положительного заключения государственной экспертизы, учитывалась только по двум субъектам Российской Федерации (Кабардино-Балкарская Республика, Нижегородская область).

Размер финансового обеспечения мероприятий по проектированию, строительству и вводу в эксплуатацию перинатальных центров в остальных регионах, в том числе в Республике Башкортостан, может быть уточнен (как правило, в сторону уменьшения стоимости работ, особенно в случае проведения государственной экспертизы в Главгосэкспертизе).

По состоянию на 1 апреля 2014 г. указанные мероприятий в полном объеме завершены только в 7 субъектах Российской Федерации (Кабардино-Балкарской Республике и Республике Хакасия, Алтайском крае, Белгородской, Липецкой, Нижегородской и Оренбургской областях). В Республике Башкортостан указанные мероприятия не завершены.

В соответствии с пунктом 19 Правил перераспределение субсидий (при наличии потребности) между бюджетами других субъектов Российской Федерации, имеющих право на получение субсидии, осуществляется в случае, если объем бюджетных ассигнований, предусмотренных в бюджете субъекта Российской Федерации на финансирование расходного обязательства субъекта Российской Федерации, не соответствует установленному уровню софинансирования из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

3. Правилами установлены условия предоставления субсидий из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования, в числе которых является наличие утвержденной региональной программы модернизации здравоохранения, средств в бюджете субъекта Российской Федерации на проектирование, строительство и ввод в эксплуатацию перинатального центра, правоустанавливающих документов на земельный участок для строительства перинатального центра.

Соглашения о финансовом обеспечении мероприятий по проектированию, строительству и вводу в эксплуатацию перинатальных центров заключались при соблюдении всех условий, установленных Правилами.

По состоянию на 21 апреля 2014 г. Минздравом России и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования заключены все соглашения о финансовом обеспечении мероприятий региональных программ модернизации здравоохранения по проектированию, строительству и вводу в эксплуатацию перинатальных центров с высшими исполнительными органами государственной власти (далее - Соглашения), за исключением г. Москвы, в связи с предложением Мэра Москвы С.С. Собянина от 17 марта 2014 г. о строительстве перинатального центра в г. Троицке с 2015 года за счет средств городского бюджета. Отмечаем, что обязательства Федерального фонда обязательного медицинского страхования по финансовому обеспечению

указанных мероприятий выполнены в полном объеме в строгом соответствии с графиками предоставления субсидий, установленными Соглашениями.

4. В соответствии со статьей 50 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (далее - Федеральный закон N 326-ФЗ) в период 2011 - 2013 годов в целях повышения качества и доступности медицинской помощи, предоставляемой застрахованным лицам, осуществляется реализация мероприятий региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации по укреплению материально-технической базы государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, в том числе по обеспечению завершения строительства ранее начатых объектов, капитальному ремонту государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, приобретению медицинского оборудования. В 2013 - 2016 годах продолжается реализация региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации в части мероприятий по проектированию, строительству и вводу в эксплуатацию перинатальных центров.

В 2011 - 2013 годах мониторинг хода реализации мероприятий программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации осуществлялся согласно приказу Минздравсоцразвития России от 30 декабря 2010 г. N 1240н "Об утверждении порядка и формы предоставления отчетности о реализации мероприятий региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации и мероприятий по модернизации государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь, государственных учреждений, реализующих мероприятия по внедрению современных информационных систем в здравоохранение" (далее - приказ N 1240н).

Пунктом 1 статьи 50 Федерального закона N 326-ФЗ определены сроки реализация программ и мероприятий по модернизации здравоохранения, включая 2013 год. Одновременно обращаем внимание, что сроки реализации отдельных мероприятий программ модернизации здравоохранения являются существенными условиями государственных контрактов, заключенных органами государственной власти субъектов Российской Федерации или медицинскими организациями по итогам соответствующих конкурсных процедур, предусмотренных Федеральным законом от 21 июля 2005 г. N 94-ФЗ "О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд", и не могли быть изменены в одностороннем порядке.

В целях обеспечения контроля за эффективным использованием медицинского оборудования, в том числе закупленного в ходе реализации региональных программ модернизации здравоохранения в субъектах Российской Федерации, в рамках программного комплекса по ведению паспортов медицинских учреждений в Информационно-аналитической системе Минздрава России (далее - Программный комплекс), расположенного в информационной сети "Интернет", разработан и в апреле 2014 года введен в эксплуатацию раздел об использовании медицинского оборудования.

Руководителям органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения направлено письмо Минздрава России от 30.04.2014 N 17-6/10-1/2086 с рекомендациями в срок до 1 июня 2014 года актуализировать данные о медицинском оборудовании, находящемся на балансе медицинских организаций, подведомственных исполнительным органам государственной власти субъектов Российской Федерации, а также обеспечить в срок до 15 числа месяца, следующего за отчетным, ежемесячное предоставление сведений об использовании данного медицинского оборудования, включая информацию о времени и причинах его простоя, в Программном комплексе.

Руководителям органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья направлен запрос о предоставлении информации о фактической реализации мероприятий региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской

Федерации по укреплению материально-технической базы учреждений здравоохранения с указанием причин невыполнения указанных мероприятий по состоянию на 21 апреля 2014 года.

По состоянию на 21 апреля 2014 г. мероприятия по завершению строительства ранее начатых объектов завершились в 104 учреждениях здравоохранения субъектов Российской Федерации из 110 учреждений здравоохранения, в которых сетевыми графиками предусмотрены работы в 2011 - 2013 годах (94,5%), т.е. за период с 1 января 2014 г. завершены работы еще в 3 учреждениях. Таким образом, мероприятия по завершению строительства ранее начатых объектов выполнены в полном объеме в 28 из 32 субъектов Российской Федерации. Мероприятия не выполнены в полном объеме в Архангельской, Свердловской областях и в городах Москве и Санкт-Петербурге. Основными причинами невыполнения указанных мероприятий является ведение претензионной работы, осуществление судебных процессов, сложность монтажа высокотехнологичного оборудования.

Мероприятия по проведению капитального ремонта по состоянию на 21 апреля 2014 г. завершены в 3 672 учреждениях здравоохранения (98,3% от предусмотренных программами учреждений здравоохранения 3 734), т.е. за период с 1 января 2014 г. завершены работы еще в 33 учреждениях здравоохранения. Таким образом, мероприятия по проведению капитального ремонта завершены в полном объеме в 67 из 79 субъектов Российской Федерации. Мероприятия не выполнены в полном объеме в республиках Кабардино-Балкарская, Коми, в Амурской, Архангельской, Иркутской, Кировской, Костромской, Мурманской, Ростовской, Тверской областях и в городах Москве и Санкт-Петербурге. Основными причинами невыполнения указанных мероприятий является невыполнение подрядчиками (поставщиками) условий заключенных контрактов, осуществление судебных процессов.

В рамках завершения мероприятий региональных программ модернизации здравоохранения за период с 1 января 2014 г. по 21 апреля 2014 г. закуплено и поставлено еще 2 628 единиц медицинского оборудования, и общий итог составил 392 343 единицы медицинского оборудования (99,6% от планового показателя - 393 797 единицы). За указанный период введена в эксплуатацию 6 931 единица оборудования, и, таким образом, введено в эксплуатацию всего 391 762 единицы медицинского оборудования. Мероприятия по приобретению медицинского оборудования завершены в полном объеме в 57 из 83 субъектов Российской Федерации. Мероприятия не выполнены в полном объеме в республиках Кабардино-Балкарская, Башкортостан, Ингушетия, Коми, Тыва, в Краснодарском и Приморском краях, Белгородской, Иркутской, Кировской, Московской, Мурманской, Нижегородской, Новгородской, Омской, Оренбургской, Орловской, Псковской, Саратовской, Сахалинской, Тверской, Тульской, Челябинской областях, Чукотском автономном округе и в городах Москве и Санкт-Петербурге. Основными причинами невыполнения указанных мероприятий является расторжение контрактов, невыполнение подрядчиками (поставщиками) условий заключенных контрактов, осуществление судебных процессов. Основными причинами простоя медицинского оборудования является нарушение сроков подготовки помещений учреждений здравоохранения к монтажу медицинского оборудования и производственный брак.

Работа по контролю за реализацией мероприятий региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации по укреплению материально-технической базы учреждений здравоохранения и устранению причин невыполнения указанных мероприятий продолжается.

При реализации мероприятий региональных программ модернизации здравоохранения по приобретению медицинского оборудования в 2011 - 2013 годах органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации руководствовались положениями Федерального закона от 21 июля 2005 г. N 94-ФЗ "О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд" (далее Федеральный закон N 94-ФЗ).

В соответствии со статьей 4 Федерального закона N 94-ФЗ государственными заказчиками,

муниципальными заказчиками выступают соответственно государственные органы (в том числе органы государственной власти), казенные учреждения и иные получатели средств федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации или местных бюджетов при размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг за счет бюджетных средств и внебюджетных источников финансирования. Иными заказчиками выступают бюджетные учреждения при размещении ими заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг независимо от источников финансового обеспечения их исполнения. В соответствии со статьей 5 Федерального закона N 94-ФЗ под размещением заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для нужд заказчиков понимаются осуществляемые в порядке, предусмотренные законом, действия заказчиков, уполномоченных органов по определению поставщиков (исполнителей, подрядчиков) в целях заключения с ними государственных или муниципальных контрактов, а также гражданско-правовых договоров бюджетных учреждений на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для нужд соответствующих заказчиков. Кодексом Российской Федерации об административных правонарушениях от 30 декабря 2001 г. N 195-ФЗ установлена ответственность заказчиков за несоблюдение требований законодательства Российской Федерации о размещении заказов.

Кроме того, учитывая положения Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", Федерального закона N 326-ФЗ, а также Положение о Министерстве здравоохранения Российской Федерации, утвержденное постановлением Правительства Российской Федерации от 19 июня 2012 г. N 608, в перечень государственных функций Минздрава России не входит контроль в сфере размещения заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд.

В соответствии с информацией, полученной из Министерства здравоохранения Республики Башкортостан, выявленные нарушения связаны с неисполнением обязательств по договорам со стороны подрядных строительных организаций. Данные факты послужили основой для проведения Министерством здравоохранения Республики Башкортостан претензионных работ, неоднократного направления исковых заявлений в Арбитражный суд Республики Башкортостан.

Министерством здравоохранения Республики Башкортостан принято решение о смене маршрутизации пациентов Регионального сосудистого центра, что повлекло дополнительные финансовые и временные затраты.

С целью обеспечения эффективного использования медицинского оборудования и санитарного автотранспорта, полученного в рамках реализации мероприятий Программы модернизации здравоохранения Республики Башкортостан, персональная ответственность возложена на руководителей медицинских организаций. Ежемесячно проводится мониторинг эксплуатации данного оборудования, проводятся еженедельные селекторные совещания с руководителями медицинских организаций, ежеквартальные заслушивания по его использованию.

В соответствии с информацией, полученной из Департамента здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа, приобретение санитарного автомобиля для государственного бюджетного учреждения здравоохранения "Я" (далее - ГБУЗ "Я") было запланировано в рамках реализации мероприятия подпрограммы "Психические расстройства на 2011 - 2015 годы" окружной долгосрочной целевой программы "Охрана здоровья населения и профилактика социально значимых заболеваний в Ямало-Ненецком автономном округе на 2011 - 2015 годы", утвержденной постановлением Правительства Ямало-Ненецкого автономного округа от 27 декабря 2010 г. N 567-П (далее - подпрограмма, программа, автономный округ).

В процессе реализации мероприятия, с учетом обращения руководителя ГБУЗ "Я", подготовлены и внесены изменения по уточнению приобретаемого автотранспорта, что отражено в постановлении Правительства автономного округа от 7 сентября 2011 г. N 620-П "О внесении изменений в окружную долгосрочную целевую программу "Охрана здоровья населения и

профилактика социально значимых заболеваний в Ямало-Ненецком автономном округе на 2011 - 2015 годы".

Изменения обусловлены потребностью ГБУЗ "Я" в автомобиле для осуществления:

работы участковой психиатрической службы, социального работника, проведения патронажа больных на дому;

транспортировки больных, находящихся на стационарном лечении, в другие учреждения здравоохранения для проведения необходимых обследований с учетом стандартов оказания медицинской помощи (флюорография, ультразвуковые исследования, консультации).

Так как, для проведения указанных перевозок не требуется санитарный автомобиль, оснащенный соответствующим оборудованием, было принято решение об уточнении его характеристик, и замены формулировки мероприятий "приобретение санитарного автотранспорта" на формулировку "приобретение автотранспорта".

С учетом того, что мероприятие подпрограммы определено перечнем мероприятий программы модернизации здравоохранения автономного округа, утвержденной постановлением Правительства автономного округа от 15 апреля 2011 г. N 194-П "Об утверждении программы модернизации здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа на 2011 - 2012 годы" в рамках софинансирования, необходимые изменения в нормативный документ не были своевременно внесены.

5. В целях осуществления мониторинга реализации программ и мероприятий по модернизации здравоохранения, определяемых частью 15 статьи 50 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", Минздравом России неоднократно направлялись письма, телеграммы в отстающие регионы, а также проводились многочисленные видеосовещания с представителями Республики Ингушетия и Кабардино-Балкарской Республики (N 29-1/10/2-375 от 19.01.2011; N 29-1/10/2-6829 от 14.07.2011; N 29-1/10/2-116 от 08.06.2012; N 29-3/10/2-174 от 13.06.2012; N 18-1/10/2-779 от 20.07.2012; N 18-1/10/2-865 от 25.07.2012; N 18-1/10/2-1497 от 17.08.2012; N 18-1/10/2-1826 от 29.08.2012; N 18-1/10/2-1823 от 29.08.2012; N 18-1/537 от 01.10.2013; N 18-1/10/2-2425 от 29.10.2012; N 18-1/10/2-3484 от 02.11.2012; N 18-1/10/2-4659 от 30.11.2012; N 18-1/10/2-3202 от 06.05.2013; N 18-1/10/2-5267 от 22.07.2013; N 18-1/863 от 22.07.2013; N 18-1/10/2-1824 от 29.08.2013; N 18-1/10/2-1825 от 29.08.2013; N 18-1/10/2-5554 от 31.07.2013; N 18-1/10/2-5581 от 01.08.2013; N 18-1/10/2-8030 от 29.10.2013; N 18-1/10/2-8117 от 31.10.2013; N 18-1/10/2-8031 от 29.10.2013; N 18-1/10/2-286 от 22.01.2013). Неполное исполнение Республикой Ингушетия и Кабардино-Балкарской Республикой мероприятия по информатизации рассматривалось на совещании под председательством Заместителя Председателя Правительства Российской Федерации О.Ю. Голодец, в докладах в Правительство Российской Федерации сообщалось о проблемах в данных регионах.

В соответствии с порядком и формами предоставления отчетности о реализации мероприятий региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации и мероприятий по модернизации государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь, государственных учреждений, реализующих мероприятия по внедрению современных информационных систем в здравоохранение, утвержденными приказом Минздравсоцразвития России от 30 декабря 2010 г. N 1240н, показатель региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации считается достигнутым только при наличии кассового исполнения (оплаты работ, услуг, поставки товара по государственному контракту).

Фактические показатели реализации программ модернизации здравоохранения по Нижегородской, Магаданской и Саратовской областям ниже целевых показателей, установленных программами модернизации указанных субъектов, но при этом они соответствуют размеру

кассового исполнения бюджетных ассигнований, выделенных на реализацию мероприятий (по Нижегородской области - 88,8% от объема выделенных средств, по Магаданской области - 96,3%, по Саратовской области - 85,2%).

Неполное освоение средств, выделенных Нижегородской, Магаданской и Саратовской областям на реализацию мероприятий по внедрению современных информационных систем в здравоохранение в рамках региональных программ модернизации указанных субъектов Российской Федерации, связано с нарушением контрактных обязательств со стороны поставщиков, необходимостью проведения повторных процедур с учетом требований Федерального закона от 21 июля 2005 г. N 94-ФЗ "О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд" в связи с признанием конкурсов и аукционов несостоявшимися.

Вместе с тем, субъекты Российской Федерации не имели возможности повторно заключить государственные контракты в связи с тем, что сроки реализации региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации, определенных статьей 50 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", истекли. Достижение целевых показателей будет обеспечено за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации.

С целью проведения анализа по возможным вариантам содействия субъектам Российской Федерации в достижении целевых показателей по поручению Минздрава России Росздравнадзором в мае - июне 2014 года проводятся проверки реализации мероприятий программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации.

6. С целью реализации полномочий Министерства здравоохранения Российской Федерации, установленных частью 3 статьи 92 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", пунктом 5.2.201 Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации, утвержденного постановление Правительства Российской Федерации от 19 июня 2012 г. N 608, в части, касающейся обработки персональных данных о лицах, которые участвуют в оказании медицинских услуг, утвержден приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 декабря 2013 г. N 1159н "Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учета при осуществлении медицинской деятельности лиц, участвующих в оказании медицинских услуг".

Кроме этого, частью 3 статьи 92 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" и пунктом 5.2.201 Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 19 июня 2012 г. N 608, предусмотрено принятие Минздравом России нормативного правового акта, утверждающего порядок ведения персонифицированного учета лиц, которым оказаны медицинские услуги.

11 ноября 2013 г. Министерством здравоохранения Российской Федерации утверждены "Основные разделы электронной медицинской карты", направленные письмом Минздрава России от 14 ноября 2013 г. N 18-1/10/2-8443 высшим органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

Кроме этого, частью 3 статьи 91 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" и пунктом 5.2.200 Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 19 июня 2012 г. N 608, предусмотрено принятие Минздравом России нормативного правового акта, утверждающего порядок ведения информационных систем в сфере здравоохранения.

Проекты приказов о порядке ведения информационных систем в сфере здравоохранения и о

порядке ведения персонифицированного учета лиц, которым оказаны медицинские услуги будут размещены для общественного обсуждения на Едином портале для размещения информации о разработке федеральными органами исполнительной власти проектов нормативных правовых актов и результатов их общественного обсуждения regulation.gov.ru в июле 2014 года.

Письмом Минздравсоцразвития России от 8 октября 2010 г. N 29-1/10/2-10191 в адрес руководителей высших органов исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации были направлены методические рекомендации по подготовке программы модернизации здравоохранения субъекта Российской Федерации на 2011 - 2012 годы по разделу "Внедрение современных информационных систем в здравоохранение".

С целью исполнения мероприятий Минздравом России в адрес руководителей высших органов власти субъектов Российской Федерации регулярно направлялись письма о необходимости обеспечения реализации мероприятий в установленные сроки (письмо от 30.12.2011 N 20-0/10/2-13453, письмо от 08.06.2012 N 29-1/10/2-116, письмо от 20.07.2012 N 18-1/10/2-779).

Кроме этого, состав создаваемых в 2011 - 2013 годах прикладных компонентов регионального уровня единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, а также функциональные и технические требования к ним, включая минимальные целевые показатели информационно-технологического обеспечения учреждений к концу 2013 года, определялись Методическими рекомендациями Минздравсоцразвития России, одобренными решением Правительственной комиссии по внедрению информационных технологий в деятельность государственных органов и органов местного самоуправления (пункт 3 раздела II протокола от 12 апреля 2011 г. N 5) и направленными в субъекты Российской Федерации письмом Минздравсоцразвития России от 7 октября 2011 г. N 29-1/10/2-9919.

В соответствии с Методическими рекомендациями установлены минимальные целевые показатели по информационно-технологическому обеспечению учреждений к концу 2013 года для каждого типа медицинских организаций.

Таким образом, Минздравом России обеспечено достаточное и своевременное принятия нормативных правовых актов, распорядительных и методических и иных документов, необходимых для реализации мероприятий по внедрению современных информационных систем в здравоохранение в рамках региональных программ модернизации здравоохранения.

7. В соответствии со сроками, установленными разделом 10 Концепции создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 28 апреля 2011 г. N 364 (далее - Концепция), на первом этапе в 2011 - 2012 годах предусмотрено создание прикладных региональных компонентов единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (далее - ЕГИСЗ). Мероприятия по созданию региональных компонентов проводились в рамках региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации.

В соответствии с Концепцией остальные мероприятия, в том числе по завершению интеграции федерального и регионального сегментов информационных систем, запланированы на период 2013 - 2020 годов.

Обращаем внимание, что интеграция прикладных региональных компонентов и завершение работ по созданию ЕГИСЗ не были предусмотрены к реализации в рамках региональных программ модернизации здравоохранения.

В соответствии с пунктом 7 статьи 35 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" завершение мероприятий по созданию прикладных региональных систем ЕГИСЗ и их интеграции с прикладными

федеральными сегментами в 2013 - 2020 годах возможно за счет бюджета обязательного медицинского страхования. Соответствующие разъяснения направлены Федеральным фондом обязательного медицинского страхования в адрес субъектов Российской Федерации письмом от 6 июня 2013 г. N 4509/21-и.

В целях минимизации рисков неэффективного использования ЕГИСЗ на региональном уровне Министерством здравоохранения Российской Федерации в адрес высших должностных лиц (руководителей высших исполнительных органов государственной власти) субъектов Российской Федерации направлено письмо (от 22.10.2013 N 18-1/10/2-78931) о необходимости предусмотреть мероприятия по поддержке работоспособности региональных компонентов ЕГИСЗ, созданных в рамках региональных программ модернизации здравоохранения, и подтвердить объем средств, запланированный на информатизацию здравоохранения. По итогам анализа представленной субъектами Российской Федерации информации выявлена недостаточность предусмотренных средств для обеспечения бесперебойной работы ЕГИСЗ, особенно в части предоставления защищенных каналов связи.

С целью обеспечения доступности каналов связи для медицинских организаций субъектов Российской Федерации Министерством здравоохранения Российской Федерации направлены обращения в адрес Министра связи и массовых коммуникаций Н.А. Никифорова (от 21.08.2013 N 18-1/10/2-6199, от 12.02.2014 N 18-1/10/2-928) и Члену Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации Р.У. Гаттарову (от 19.12.2013 N 18-1/10/7-1622) о проработке вопроса об использовании средств Фонда универсальных услуг связи и установлении оптимальных цен по оказанию услуг связи для медицинских организаций субъектов Российской Федерации в связи с дефицитом бюджетов субъектов Российской Федерации по дальнейшей реализации мероприятий по информатизации медицинских организаций в субъектах Российской Федерации.

8. Согласно части 7 статьи 35 Федерального закона N 326-ФЗ структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

На основании части 3 статьи 50 Федерального закона N 326-ФЗ в 2011 - 2012 годах предусмотренные в бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования средства на финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации направлялись на внедрение стандартов медицинской помощи, повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами.

Выплаты медицинским работникам, осуществлявшим медицинскую помощь в стационарных условиях и получавших выплаты в рамках реализации региональных программ модернизации здравоохранения, носили пилотный характер, и уровень их заработной платы отличался существенной дифференциацией по сравнению с другими категориями медицинских работников.

В период 2011 - 2012 годов в рамках региональных программ модернизации здравоохранения в субъектах Российской Федерации осуществлялось поэтапное внедрение

стандартов медицинской помощи, предусматривающее отработку механизмов организации оказания медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и ее финансового обеспечения на основе стандартов медицинской помощи при заболеваниях, являющихся основными причинами высокой смертности в регионах.

Начиная с 1 января 2013 года, медицинская помощь в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" организуется и оказывается в соответствии порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, и на основе стандартов медицинской помощи.

В соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 18 октября 2013 года N 932, при реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования применяются следующие способы оплаты медицинской помощи:

при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц);

по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи);

при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях:

за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);

при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);

при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации):

по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

В рамках мероприятия по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами, средства региональных программ модернизации здравоохранения в 2011 - 2012 годы направлялись на осуществление денежных выплат стимулирующего характера медицинским работникам.

Подпунктом "в" пункта 1 постановления Правительства Российской Федерации от 7 февраля 2011 г. N 60 "О порядке реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, проводимых в рамках региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации" (далее - Постановление) установлено, что мероприятия по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи проводились органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации и включали введение ориентированной на результаты деятельности системы оплаты труда врачей-специалистов и специалистов со средним медицинским образованием, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь.

В соответствии с пунктом 3 Постановления 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 установлены нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации в соответствии с Показателями оценки указанной деятельности, установленными приказом Минздравсоцразвития России от 21 февраля 2011 г. N 145н "Об утверждении показателей оценки деятельности специалистов с высшим и средним медицинским образованием, участвующих в реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи".

Критерии оценки деятельности 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 размер самих доплат и порядок их выплаты, являлись компетенцией органов государственной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления и администрации лечебного учреждения.

Неполное освоение средств, выделенных на данное мероприятие, рядом субъектов Российской Федерации, связано с неполным перечнем должностей специалистов с высшим и средним медицинским образованием, принятым субъектами Российской Федерации для участия в реализации указанного мероприятия, и обусловлено в ряде случаев несоответствием качества работы медицинских работников критериям оценки их деятельности.

При этом реализация мероприятий способствовала повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами. Это позволило осуществить дополнительные стимулирующие выплаты 169,0 тыс. врачам-специалистам в среднем по 9,0 тыс. и 277,0 тыс. среднего медицинского персонала в среднем по 4,7 тыс. рублей.

В связи с отсутствием у Минздравсоцразвития России в 2011 - 2012 годах правовых оснований для издания нормативного правового акта, регулирующего вопросы проведения диспансеризации 14-летних подростков, Министерство направило органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации рекомендации по обеспечению углубленной диспансеризации подростков. Минздравсоцразвития России рекомендовал органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации, осуществляющим управление в сфере здравоохранения, организовать работу по прохождению диспансеризации детей, включая углубленную диспансеризацию подростков, в соответствии с действующими федеральными нормативными правовыми актами и принятыми на региональном уровне нормативными правовыми актами, с определением возрастной категории подростков, расширением перечня врачей-специалистов и видов исследований при проведении диспансеризации в установленные сроки и с учетом сложившейся ситуации по заболеваемости детей подросткового возраста (письмо Минздравсоцразвития России от 30 июня 2011 г. N 15-2/10/2-6334; правительственные телеграммы Минздравсоцразвития России от 13 июля 2011 г. N 15-2/10/2-6793, от 16 апреля 2012 г. N 15-2/10/2-3744).

Региональные нормативные правовые акты, определяющие порядок проведения

диспансеризации органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации были приняты во второй половине 2011 года, что привело в 2011 году к неполному охвату углубленной диспансеризацией подростков в возрасте 14 лет, и соответственно повлияло на общий процент охвата диспансеризацией подростков в 2011 - 2012 годах.

По данным Росстата за 2013 г. средняя заработная плата медицинских работников в 2013 г. увеличилась по сравнению с 2012 г.:

врачей и работников медицинских организаций, имеющих высшее медицинское (фармацевтическое) или иное высшее образование, предоставляющих медицинские услуги (обеспечивающих предоставление медицинских услуг) на 24%;

среднего медицинского (фармацевтического) персонала (персонала, обеспечивающего условия для предоставления медицинских услуг) - на 25%.

В 2013 г. средняя заработная плата врачей, среднего и младшего медицинского персонала по сравнению с 2012 г. в Пермском крае увеличилась на 42%, 43% и 84%; в Вологодской области на 29%, 16% и 22%; в Воронежской области - на 15%, 30% и 41%; в Республике Мордовия - на 8%, 15% и 30% соответственно.

В Пермском крае и Республике Мордовия по врачам, среднему и младшему медицинскому персоналу, в Вологодской и Воронежской областях по врачам и среднему медицинскому персоналу достигнуты целевые показатели по заработной плате, установленные планом мероприятий ("дорожной карты") "Изменения в отраслях социальной сферы, направленных на повышение эффективности здравоохранения", утвержденным распоряжением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2012 г. N 2599-р, и региональными "дорожными картами" на 2013 г. В Вологодской и Воронежской областях по младшему медицинском персоналу сложилось незначительной отставание от целевых индикаторов, установленных "дорожными картами".

В рамках реализации мероприятий региональной программы модернизации Кировской области запланировано к концу 2013 года открытие 132 офисов (отделений) врача общей практики (ВОП) и 628 фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП). По состоянию на 01.01.2014 функционирует 94 офиса ВОП и 612 ФАПов.

Уменьшение количества ФАПов в субъекте Российской Федерации связано с отрицательной динамикой численности населения в сельской местности, а также с открытием на базе ФАПов отделений ВОП, обслуживающими большее количество населения.

По данным Кировской области в связи с открытием в г. Кирове консультативно-диагностических центров для детей и взрослых принято решение о нецелесообразности дополнительного открытия в городе офисов ВОП. В дальнейшем при выделении площадей в застраиваемых удаленных от центра микрорайонах органами исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья будет вновь рассмотрен вопрос об открытии отделений ВОП.

В Кировской области проведено объединение медицинских организаций в каждом муниципальном районе, городе (за исключением г. Кирова) в одно юридическое лицо. В результате ни одно учреждение региона не было закрыто, учреждения реорганизованы в структурные подразделения путем присоединения. Таким образом, доступность медицинской помощи сельским жителям не изменилась.

В рамках региональной программы модернизации проведен капитальный ремонт в 81 ФАПе, 95 помещениях (зданиях) для размещения отделений ВОП, приобретен и установлен 121 комплект для оснащения отделений ВОП.

В рамках областной программы в 2014 - 2015 годах запланировано строительство 65 ФАПов

и 7 офисов ВОП.

В Кировской области для обеспечения доступной медицинской помощи населению, особенно в сельской местности, используются выездные формы работы.

В 2013 году сформировано 129 выездных бригад, которыми выполнено 3 705 выездов, в том числе с использованием автотранспорта - 3 680, железнодорожного транспорта - 15, воздушного транспорта - 10 выездов. Указанные виды помощи получили 72 415 человек.

В 2014 году планируется дальнейшее развитие выездных форм работы, в том числе с применением передвижных медицинских комплексов.

В рамках реализации мероприятий региональной программы модернизации Тульской области было запланировано к концу 2013 году открытие 12 офисов (отделений) ВОП и 348 ФАПов. По состоянию на 01.01.2014 функционирует 59 офисов ВОП, 246 ФАПов и 95 фельдшерских пунктов.

Недостижение запланированных показателей по количеству фельдшерско-акушерских пунктов компенсировано функционирующими офисами врача общей практики, в том числе за счет большего количества обслуживаемого населения указанными медицинскими организациями.

Кроме того, с июня 2013 года в регионе в рамках развития выездных форм работы работает один передвижной фельдшерско-акушерский пункт, специалистами которого за 6 месяцев 2013 года осмотрено более 4 тыс. человек.

В 2014 году планируется дальнейшее развитие выездных форм работы, в том числе с применением передвижных медицинских комплексов.

В рамках реализации мероприятий региональной программы модернизации Чувашской Республики было запланировано к концу 2013 году открытие 198 офисов (отделений) врача общей практики (ВОП) и 525 фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП). По состоянию на 01.01.2014 функционирует 525 ФАПов и 123 офиса ВОП, из них 79 офисов ВОП работают в сельской местности.

По данным Министерства здравоохранения и социального развития Чувашской Республики для оказания медицинской помощи сельскому населению в республике функционирует достаточная инфраструктура: функционируют 20 центральных районных больниц, в составе которых 8 участковых больниц, 17 отделений скорой медицинской помощи.

Кроме того, по результатам реализации региональной программы модернизации в субъекте Российской Федерации организована работа 123 центров, отделений ВОП, из которых 79 расположены в сельской местности.

Недостижение запланированных показателей по количеству офисов врача общей практики компенсировано большим количеством врачебных амбулаторий на территории субъектов Российской Федерации (43 врачебные амбулатории), которыми обслуживается большее количество населения.

В субъекте Российской Федерации проведены работы по капитальному ремонту и дооснащению медицинским оборудованием 5 ФАПов. В 2013 году в рамках Указа Главы Чувашской Республики от 02.11.2012 N 124 "О дополнительных мерах по совершенствованию оказания первичной медико-санитарной помощи сельскому населению в Чувашской Республике" введено в эксплуатацию 20 модульных ФАПов, построенных взамен ветхих, которые оборудованы всем необходимым для удобства работы персонала, приема пациентов и проведения необходимых медицинских процедур.

В 2014 - 2015 годах дополнительно будет построено 80 ФАПов взамен ветхих.

В рамках региональной программы модернизации Чувашской Республики организована работа специализированных амбулаторно-поликлинических кабинетов врачей специалистов (кардиологов, гастроэнтерологов, онкологов), а также 7 центров и 5 кабинетов кризисной беременности.

В рамках реализации мероприятий региональной программы модернизации Тверской области было запланировано к концу 2013 году открытие 263 офисов (отделений) врача общей практики (ВОП) и 580 фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП). По состоянию на 01.01.2014 функционирует 237 офисов ВОП и 538 ФАПов.

По данным Министерства здравоохранения Тверской области при осуществлении закупок товаров, работ и услуг имели место нарушения действующего законодательства в части проведения конкурсных процедур, соблюдения порядка обоснования начальных (максимальных) цен контрактов на поставку оборудования, выполнение ремонтных работ, простоя закупленного оборудования.

По результатам проведения служебных проверок за ненадлежащую организацию работы распоряжением Губернатора Тверской области от 23.07.2013 N 556-рг Министру здравоохранения Тверской области объявлен выговор, к заместителю Министра здравоохранения Тверской области, курирующему данное направление, и начальнику отдела материально-технического обеспечения деятельности и централизованных закупок применены меры дисциплинарного взыскания в виде выговоров. В отношении ряда сотрудников отдела материально-технического обеспечения деятельности и централизованных закупок, осуществляющих подготовку заявок на торги, в том числе формирование начальных (максимальных) цен контрактов, возбуждены уголовные дела, проводятся оперативно-следственные мероприятия.

За неисполнение трудовых обязанностей дисциплинарные взыскания в виде замечаний и выговоров применены также к руководителям ГБУЗ "В", "К", "С", "А" и "Б".

Для решения вопроса доступности медицинской помощи сельским жителям Тверской области планируется не только улучшение материально-технического состояния ФАПов, развитие сети офисов ВОП, но и приобретение 9 модульных ФАПов.

В целях недопущения снижения доступности медицинской помощи Минздравом Тверской области приобретено 7 передвижных лечебно-диагностических комплексов на базе автобусов.

В дальнейшем в регионе запланированы мероприятия по развитию выездных форм работы, в том числе с использованием мобильных комплексов.

В рамках реализации мероприятий региональной программы модернизации Иркутской области было запланировано к концу 2013 году открытие 68 офисов (отделений) врача общей практики (ВОП) и 602 фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП). По состоянию на 01.01.2014 функционирует 17 офисов ВОП и 602 ФАПа.

Недостижение запланированных показателей по количеству офисов врача общей практики компенсировано оказанием медицинской помощи во врачебных амбулаториях на территории субъекта Российской Федерации (71 врачебная амбулатория), которыми обслуживается большее количество населения, что позволяет сохранить доступность и качество медицинской помощи населению.

В рамках реализации мероприятий региональной программы модернизации здравоохранения Иркутской области на 2011 - 2013 годы выполнены работы по капитальному ремонту в 11 ФАПах.

Постановлением Правительства Иркутской области от 9 декабря 2013 г. N 568-пп утверждена государственная программа Иркутской области "Развитие сельского хозяйства и регулирование

рынков сельскохозяйственной продукции, сырья и продовольствия" на 2014 - 2020 годы, в рамках которой предусмотрено строительство 267 ФАПов в 25 муниципальных образованиях Иркутской области в 2014 - 2020 годах.

Кроме того, в субъекте Российской Федерации активно внедряются выездные формы работы, работает "П" (далее - "П"), который оказывает медицинскую помощь населению 25 муниципальных образований Иркутской области. В "П" осуществляется консультирование и лечебно-диагностические приемы врачей-специалистов по специальностям: терапия, педиатрия, хирургия, урология, клиническая лабораторная диагностика, эндоскопия, функциональная диагностика, ультразвуковая диагностика, рентгенология, кардиология, эндокринология, офтальмология, оториноларингология, акушерство и гинекология.

Реализация данного проекта способствует обеспечению доступности медицинской помощи для жителей отдаленных территорий области.

В рамках реализации мероприятий региональной программы модернизации Курской области было запланировано к концу 2013 году открытие 27 офисов (отделений) врача общей практики (ВОП) и 669 фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП). По состоянию на 01.01.2014 функционирует 22 офиса ВОП и 633 ФАПа.

За нарушения, допущенные при реализации региональной программы модернизации здравоохранения, применены меры дисциплинарной ответственности к виновным должностным лицам, уволено 5 должностных лиц, ответственных за конкретные направления программы.

В субъекте Российской Федерации недостижение запланированных показателей по количеству офисов ВОП и ФАПов компенсировано сформированной трехуровневой системой оказания медицинской помощи и маршрутизацией пациентов. Кроме того, в регионе приобретен передвижной лечебно-диагностический комплекс для выездов и оказания медицинской помощи в отдаленные районы области.

В 2014 году планируется дальнейшее развитие выездных форм работы, в том числе с применением мобильных комплексов.

В рамках реализации мероприятий региональной программы модернизации Калининградской области было запланировано к концу 2013 года открытие 52 офисов (отделений) врача общей практики (ВОП) и 199 фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП). По состоянию на 1 января 2014 года функционирует 14 офисов ВОП и 204 ФАПа.

В Калининградской области недостижение запланированных показателей по количеству офисов врача общей практики компенсировано большим количеством ФАПов (19 ФАПов) и врачебных амбулаторий на территории субъектов (19 врачебных амбулаторий), которыми обслуживается большее количество населения, что позволяет сохранить доступность и качество медицинской помощи населению.

В целях развития сети медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь сельским жителям, проведен капитальный ремонт 25 ФАПов, 3 врачебных амбулаторий, 2 офисов ВОП.

Кроме того, в регионе поставка и монтаж модульных ФАПов и офисов ВОП осуществляется в рамках целевой программы Калининградской области "Развитие сети фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий и общих врачебных практик в Калининградской области на 2012 - 2014 годы".

В период 2012 - 2013 годов по результатам выполнения мероприятий вышеуказанной программы осуществлена поставка и монтаж 24 модульных ФАПов, 2 модульных офисов ВОП.

На 2014 год предусмотрена поставка и монтаж 14 модульных ФАПов, 6 модульных офисов ВОП. В настоящее время формируется аукционная документация для организации торгов.

В рамках реализации мероприятий региональной программы модернизации Республики Башкортостан к концу 2013 году предусмотрено 132 офиса (отделений) врача общей практики (ВОП) и 2 122 фельдшерско-акушерских пункта (ФАП). По состоянию на 1 января 2014 года функционирует 95 офисов ВОП и 2 138 ФАПов.

В Республике Башкортостан недостижение запланированных показателей по количеству офисов врача общей практики компенсировано большим количеством ФАПов и врачебных амбулаторий на территории субъектов (166 врачебных амбулаторий), которыми обслуживается большее количество населения, что позволяет сохранить доступность и качество медицинской помощи населению.

В регионе в отношении должностных лиц медицинских организаций, допустивших существенные нарушения при реализации мероприятий региональной программы модернизации здравоохранения Республики Башкортостан на 2011 - 2013 годы, приняты меры административного воздействия, а также наложены дисциплинарные взыскания. Отстранены от занимаемых должностей 6 руководителей медицинских организаций, указано на несоответствие занимаемой должности (с последующим увольнением) - 3, объявлен выговор - 1, объявлено замечание - 8 руководителям медицинских организаций.

В Республике Башкортостан активно внедряются выездные формы работы, в котором в 2013 году создан центр оказания медицинской помощи с использованием передвижных медицинских комплексов, осуществляющий координацию работы всех мобильных медицинских центров в субъекте.

В период 2011 - 2013 оснащение автомобилей скорой медицинской помощи осуществлялось согласно приказу Минздравсоцразвития России от 1 декабря 2012 г. N 752 "Об оснащении санитарного автотранспорта". Минздравом России проводится работа по сбору информации об организации работы скорой медицинской помощи с целью оценки укомплектованности по классам автомобилей скорой медицинской помощи.

По данным, представленным органами государственной власти в сфере охраны здоровья субъектов Российской Федерации, укомплектованность бригад скорой медицинской помощи в Свердловской области составляет по классу А 87,5%, классу В - 80,5%, классу С - 100%, в Костромской области по классу А - 95,8%, классу В - 94%, классу С - 100%, в Республике Бурятия по классу А - 67%, классу В - 66%, классу С - 73%.

Минздравом России осуществляется мониторинг состояния укомплектованности автомобилей скорой медицинской помощи по всем субъектам Российской Федерации, в том числе с учетом вступления в силу приказа Минздрава России от 20 июня 2013 г. N 388н "Об утверждении порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи", а также приказа Минздрава России от 7 августа 2013 г. N 549н "Об утверждении требований к комплектации лекарственными препаратами и медицинскими изделиями укладок и наборов для оказания скорой медицинской помощи".

КонсультантПлюс: примечание.
Нумерация пунктов дана в соответствии с официальным текстом документа.

10. Минздравом России проводится мониторинг заболеваемости и смертности населения Российской Федерации в разрезе субъектов Российской Федерации по основным классам причин смерти, с последующим их анализом, прогнозированием дальнейшей динамики показателей смертности и выявлением причин недостаточного снижения или роста показателей смертности в

отдельных субъектах Российской Федерации.

Показатели смертности населения в январе - декабре 2013 года по сравнению с 2010 годом снизились в целом по Российской Федерации с 14,2 на 1000 населения до 13,0 или на 8%. Ряд субъектов Российской Федерации не достигли целевых значений показателей, но при этом отмечается положительная динамика, в том числе в Белгородской области показатель смертности снизился с 14,4 до 13,9 на 1000 населения, Курской области - с 17,6 до 16,3, Смоленской области с 18,4 до 16,5, Ленинградской области - с 15,8 до 14,6.

Для проведения углубленного анализа эффективности мероприятий по снижению смертности, Минздравом России организовывались выезды сотрудников, главных внештатных специалистов Минздрава России и их представителей, медицинских специалистов федеральных медицинских организаций в регионы всех федеральных округов, с последующими рекомендациями органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья. Осуществлялся мониторинг проведения диспансеризации населения в регионах, с выявлением причин низкой доли охвата диспансерными осмотрами.

Минздравом России организовывались регулярные видеоселекторные совещания со всеми субъектами Российской Федерации по вопросам эффективности реализуемых мероприятий снижения смертности от основных причин, анализировались причины роста или недостаточного снижения смертности, разбирались выявленные недостатки в организации медицинской помощи. Для этого на совещаниях заслушивались руководители органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, представители Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и главные внештатные специалисты Минздрава России.

Для достижения намеченных показателей смертности Минздравом России рекомендовалось субъектам Российской Федерации улучшить работу по усилению информирования населения, акцентировать вопрос обеспечения скорой медицинской помощи необходимыми лекарственными средствами, обеспечить дальнейшее развитие инфраструктуры региональных сосудистых центров, на базе которых возможно проведение всех видов интервенционных методов лечения и системного тромболизиса при острой сосудистой патологии, необходимость обеспечить работу рентгеноперационных в региональных сосудистых центрах в круглосуточном режиме. На снижение смертности пострадавших при дорожно-транспортных происшествиях были направлены рекомендации по расширению зоны охвата федеральных автотрасс, с распространением на региональные автодороги, травмоцентрами всех уровней.

Субъектами Российской Федерации, с учетом рекомендаций и при методической поддержке Минздрава России, в целях обеспечения снижения смертности населения от основных причин, были разработаны планы мероприятий по совершенствованию оказания медицинской помощи пациентам. 44 региона, в которых в 2013 году отмечался рост показателей смертности, провели корректировку схем маршрутизации пациентов.

Минздрав России в целях обеспечения доступности оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями в 2013 году осуществлял мониторинг деятельности региональных сосудистых центров и первичных сосудистых отделений в субъектах Российской Федерации в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 11 июля 2008 г. N 331 "О порядке организации мониторинга реализации мероприятий, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями".

Корректировка проводимых мероприятий по снижению смертности населения в течение года оказала положительное влияние на тенденцию к росту общей смертности населения в ряде субъектов Российской Федерации, наметившуюся по итогам первого полугодия 2013 года, позволив обеспечить ее снижение.

По итогам 2013 года Минздравом России проведены совещания с заслушиванием

руководителей органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, в которых отмечен рост показателей смертности населения от основных причин.

В ходе проведения указанных мероприятий обращалось внимание на недостатки в организации работы органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, а для достижения намеченных темпов снижения показателей смертности населения субъектам Российской Федерации разработаны и утверждены планы мероприятий по снижению смертности населения от основных причин.

Также считаем необходимым отметить, что недостижение целевых показателей снижения смертности населения от основных причин не может свидетельствовать о неэффективности средств, направляемых на реализацию мероприятий в тех или иных субъектах Российской Федерации. Многолетняя реализация мероприятий приоритетного национального проекта "Здоровье" свидетельствует о том, что улучшение функционирования системы оказания медицинской помощи пациентам с сосудистыми, онкологическими заболеваниями, туберкулезом, пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях, отмечается не ранее чем через 2 - 3 года после начала мероприятий. Кроме того, значительный вклад в долю смертности населения от вышеуказанных причин вносят немедицинские факторы, такие как социально-экономическое развитие регионов, наследственные и генетические факторы и ряд других факторов, на которые система здравоохранения не оказывает влияния. Для примера, анализ смертности при дорожно-транспортных происшествиях демонстрирует, что от 70 до 80% смертей регистрируются в момент автопроисшествия. Следовательно, отмечаемый в последние годы рост тяжести дорожно-транспортных происшествий, неизбежно влечет за собой и рост смертности пострадавших при них.

Анализ данных статистического наблюдения (строка 99 формы федерального статистического наблюдения N 17 "Сведения о медицинских и фармацевтических работниках" за 2013 год, утвержденной приказом Росстата от 14 января 2013 г. N 13) свидетельствует о том, что в медицинских организациях, подведомственных органам управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, в 2013 году работало 516 037 врачей.

Таким образом, значение показателя "Общее количество физических лиц врачей" в 2013 году достигло значения запланированного показателя, который составлял 507 933 человек.

Значение показателя "Общее количество физических лиц врачей, чел." за текущий год - 495 055 на момент составления отчета согласно приказу N 1240н по состоянию на 1 января 2014 г. в срок до 15 января 2014 г. являлся прогнозным. Данные статистического отчета по форме N 17 представлены органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации Министерству здравоохранения Российской Федерации для дальнейшего свода и обработки 5 марта 2014 года.

По оценке органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации дефицит врачебных кадров связан с:

движением врачебных кадров (завершение профессиональной деятельности по возрасту, внешняя миграция и др.) и недостатками в планировании подготовки врачей-специалистов;

низкой долей выпускников, обучавшихся в рамках целевой подготовки и трудоустроившихся после окончания обучения в медицинские организации, подведомственные субъекту Российской Федерации (от 60% до 75%);

реализацией мероприятий по внедрению порядков оказания медицинской помощи, утвержденных приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации. В связи с чем штатные расписания медицинских организаций приведены в соответствие с рекомендуемыми штатными нормативами, что привело к увеличению штатных должностей, том числе в участковой

службе.

В целях уточнения размера дефицита врачебных кадров проведена работа по совершенствованию методики расчета потребности во врачебных кадрах с учетом проводимых структурных преобразований в здравоохранении, разрабатываемых типовых отраслевых норм труда, а также развития частно-государственного партнерства.

В методику внесены дополнительные коэффициенты, позволяющие учесть особенности субъектов Российской Федерации (например, коэффициент, учитывающий объемы медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, которые выполняют федеральные медицинские организации, медицинские организации частной системы здравоохранения и др.; коэффициент, учитывающий наличие в субъекте Российской Федерации населенных пунктов, отдаленных (более 400 км) от областного (муниципального) центра, где оказывается специализированная медицинская помощь; коэффициент, учитывающий уровень оказания медицинской помощи и др.).

Письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 марта 2014 г. N 16-0/10/2-1796 органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья направлены методические рекомендации по расчету потребности субъектов Российской Федерации в медицинских кадрах на 2014 год.

В настоящее время "Ц" осуществляет обработку информации по потребности в медицинских кадрах, полученной из субъектов Российской Федерации, с целью оценки потребности в специалистах и их дефицита.

В то же время во исполнение подпункта "г" пункта 2 Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. N 598 и Комплекса мер по обеспечению системы здравоохранения Российской Федерации медицинскими кадрами до 2018 года, утвержденного распоряжением Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2013 г. N 614-р, всеми субъектами Российской Федерации в 2013 г. утверждены региональные кадровые программы, которые предусматривают дифференцированные меры социальной поддержки медицинских работников, в первую очередь наиболее дефицитных специальностей.

С 2014 г. целевой прием в образовательные организации, подведомственные Минздраву России будет осуществляться в соответствии с Правилами заключения и расторжения договора о целевом приеме и договора о целевом обучении, утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 27 ноября 2013 г. N 1076.

11. Министерство здравоохранения Российской Федерации совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования проводит постоянную работу по контролю за своевременной реализацией региональных программ модернизации здравоохранения.

В соответствии с пунктом 18 Правил финансового обеспечения в 2011 - 2013 годах региональных программ модернизации здравоохранения за счет средств, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, (постановление Правительства Российской Федерации от 15.02.2011 N 85) при несоблюдении субъектом Российской Федерации условий соглашения, в том числе при непредоставлении отчетности в сроки, установленные Правилами, предоставление субсидий может быть приостановлено вплоть до устранения оснований для такого приостановления.

В связи с несоблюдением условий Соглашений в части представления в установленном порядке отчетов о реализации мероприятий программ модернизации было приостановлено предоставление субсидий финансовое обеспечение программ модернизации:

в 2011 году - Республики Ингушетия, Камчатского края и Свердловской области в мае 2011

года до июня 2011 года; Воронежской области и Кировской области в октябре 2011 года до ноября 2011 года;

в 2012 году - Республики Дагестан - в феврале 2012 года до 14 марта 2012 года.

В течение 2012 - 2013 годов был проведен ряд совещаний с субъектами Российской Федерации о ходе реализации региональных программ модернизации здравоохранения:

- с участием Председателя Правительства Российской Федерации В.В. Путина на расширенном заседании Коллегии Минздравсоцразвития России 16 марта 2012 г.;

- на заседаниях Правительства Российской Федерации 20 августа 2011 г. (г. Смоленск), 15 февраля 2012 г. (г. Набережные Челны), 25 января 2013 г. (г. Москва);

- у Заместителя Председателя Правительства Российской Федерации О.Ю. Голодец (в режиме видеоконференции): 28 июня 2012 г.; 12 июля 2012 г.; 26 июля 2012 г.; 16 августа 2012 г.; 31 августа 2012 г.; 6 сентября 2012 г.; 11 октября 2012 г.; 22 ноября 2012 г.; 20 декабря 2012 г.; 21 марта 2013 г.;

- у Заместителя Председателя Правительства Российской Федерации - полномочного представителя Президента Российской Федерации в Северо-Кавказском федеральном округе А.Г. Хлопонина: 28 августа 2012 г.; 11 сентября 2012 г.;

- а также Министром здравоохранения Российской Федерации В.И. Скворцовой.

Министерством здравоохранения Российской Федерации в 2012 году осуществлены выездные мероприятия в субъекты Российской Федерации с целью методологической помощи построения трехуровневой системы оказания медицинской помощи, реализации региональных программ модернизации здравоохранения.

С целью осуществления мониторинга реализации региональных программ модернизации здравоохранения изданы приказы Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 30 декабря 2010 г. N 1240н "Об утверждении порядка и формы предоставления отчетности о реализации мероприятий региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации и мероприятий по модернизации государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь, государственных учреждений, реализующих мероприятия по внедрению современных информационных систем в здравоохранение", от 22 июня 2011 г. N 607 "Об организации мониторинга и анализа хода реализации региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации и мероприятий по модернизации государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь, и государственных учреждений, реализующих мероприятия по внедрению современных информационных систем в здравоохранение" и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 16 декабря 2010 г. N 240 "Об утверждении Порядка и формы предоставления отчетности об использовании средств на цели по реализации региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации".

Министерством здравоохранения Российской Федерации наряду с ежемесячным мониторированием результатов реализации региональных программ модернизации здравоохранения каждые 2 недели осуществлялся сбор и анализ срочной информации. В 2013 году дополнительно проводился еженедельный мониторинг по поставке оборудования спутниковой навигации ГЛОНАСС или ГЛОНАСС/GPS в учреждения здравоохранения с получением информации о причинах невыполнения сроков окончания мероприятия в полном объеме.

За период июнь - июль 2013 года проведено 5 селекторных совещаний в видеорежиме с руководителями органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения, в том числе 11 июля 2013 г. под председательством Заместителя Председателя

Правительства Российской Федерации О.Ю. Голодец.

Руководителям органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации во исполнение раздела II протокола совещания у Заместителя Председателя Правительства Российской Федерации О.Ю. Голодец от 18 апреля 2013 г. N ОГ-П12-82пр поручено осуществить проверку финансирования эксплуатационных расходов и использования медицинского оборудования, поставленного в учреждения здравоохранения в рамках реализации Программ.

По информации, полученной от субъектов Российской Федерации, ими принимались меры по вводу в эксплуатацию приобретенного медицинского оборудования. В случаях задержки с вводом в эксплуатацию "тяжелого" оборудования (рентгеновские аппараты, компьютерные и магнитно-резонансные томографы), связанных с несвоевременным завершением ремонта помещений, в которые планировалась установка такого оборудования, по вине подрядчиков, проводится претензионная работа. В целях исключения простоя оборудования руководством органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации осуществляется контроль его использования. Результаты проведенной работы доложены в Правительство Российской Федерации письмом от 17 мая 2013 г. N 11-12/10/1-2304.

В соответствии с поручением Правительства Российской Федерации (протокол совещания у Председателя Правительства Российской Федерации В.В. Путина от 15 февраля 2012 г. N ВП-П12-3пр) высшие должностные лица (руководители высших исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации) ежемесячно лично осуществляли контроль выполнения планов-графиков реализации региональных программ модернизации здравоохранения и о результатах информировали Минздрав России.

С целью выяснения причин неполного освоения финансовых средств и незавершения в установленный срок мероприятий Программ Министерством здравоохранения Российской Федерации направлены руководителям высших исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации письма (от 24.06.2013 N 11-12/10/2-4475, от 11.07.2013 N 11-12/10/2-4979 и от 24.07.2013 N 11-12/10/2-5336) с требованием представить информацию о причинах нарушений, принятых ответственными лицами в субъектах Российской Федерации мерах по их устранению, а также усилить контроль за реализацией Программ и принять меры, направленные на завершение всех запланированных на 2011 - 2012 годы в рамках реализации Программ мероприятий в кратчайший срок.

В течение всего срока реализации региональных программ модернизации здравоохранения и мероприятий по модернизации государственных учреждений осуществлялся контроль Федеральным фондом обязательного медицинского страхования и Росздравнадзором.

Росздравнадзором проведены проверки реализации мероприятий программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации в 2011 году в 16 субъектах Российской Федерации, в 2012 году в 27 субъектах Российской Федерации, в 2013 году - в 24 субъектах Российской Федерации.

Центральным аппаратом Росздравнадзора в период с 1 января 2013 г. по 31 декабря 2013 г. проведено 12 плановых проверок по контролю за реализацией мероприятий по модернизации федеральных государственных учреждений, оказывающих медицинскую помощь.

С целью усиления контроля за использованием учреждениями здравоохранения средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования, предоставляемых на программные мероприятия, за исполнением законодательства о размещении заказов, за соблюдением прав медицинских работников, по фактам длительного простоя закупленного оборудования, несвоевременного осуществления мероприятий, принятия мер по фактам, изложенным Генеральной прокуратурой Российской Федерации, Министерство направило письма руководителям высших исполнительных органов государственной власти субъектов Российской

Федерации от 27 марта 2014 г. N 11-10/10/2-2071. О результатах рассмотрения информации и принятых субъектами Российской Федерации мерах сообщено в Генеральную прокуратуру Российской Федерации. По информации, полученной от высших исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации, с целью предупреждения возникновения нарушения законодательства Российской Федерации приняты меры по усилению контроля, разработаны комплексы мер по их недопущению.

В соответствии с частями 14, 15 статьи 50 Федерального закона N 326-ФЗ Контрольно-ревизионным управлением Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2011 - 2014 годах проведено:

в 2011 году - 38 проверок реализации региональных программ модернизации здравоохранения и использования средств, предусмотренных на их финансовое обеспечение;

в 2012 году - 134 проверки реализации региональных программ модернизации здравоохранения и использования средств, предусмотренных на их финансовое обеспечение, из них 83 проверки реализации мероприятий по внедрению современных информационных систем в здравоохранение;

в 2013 году - 19 проверок реализации региональных программ модернизации здравоохранения и использования средств, предусмотренных на их финансовое обеспечение;

в 1 квартале 2014 года - 2 проверки реализации региональных программ модернизации здравоохранения и использования средств, предусмотренных на их финансовое обеспечение.

Планом проверок соблюдения законодательства об обязательном медицинском страховании и использования средств обязательного медицинского страхования на 2014 год предусмотрено проведение проверок реализации мероприятий по модернизации здравоохранения, в части мероприятий по проектированию, строительству и вводу в эксплуатацию перинатальных центров в 4 субъектах Российской Федерации.

По результатам проверок, проведенных в 2011 - 2013 годах, выявлено нецелевое использование субсидии Федерального фонда обязательного медицинского страхования в размере 14 299,5 тыс. рублей, из которых восстановлено 14 299,5 тыс. рублей (100%), в том числе 9 953,7 тыс. рублей возвращено в бюджет Фонда.

В соответствии с письмом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 26 июля 2012 г. N 5483/11-и средства, использованные не по целевому назначению в течение 2012 года, в размере 4345,8 тыс. рублей возвращены в бюджеты территориальных фондов обязательного медицинского страхования и использованы на финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения.

В 2013 году Федеральным фондом обязательного медицинского страхования проведено 69 проверок реализации мероприятий по модернизации здравоохранения государственными учреждениями, оказывающими медицинскую помощь, полномочия собственника которых осуществляют федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, подведомственные ему федеральные органы исполнительной власти и Российская академия наук, в том числе 1 совместная проверка с органами прокуратуры.

В I квартале 2014 года Федеральным фондом обязательного медицинского страхования проведено 5 проверок реализации мероприятий по модернизации здравоохранения государственными учреждениями, оказывающими медицинскую помощь, полномочия собственника которых осуществляют федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому

регулированию в сфере здравоохранения, подведомственные ему федеральные органы исполнительной власти и Российская академия наук.

По результатам указанных проверок выявлено использование субсидии Федерального фонда обязательного медицинского страхования на цели, не соответствующие условиям ее получения в размере 6 959,2 тыс. рублей.

Информация о результатах проверок, выявленных нарушениях и недостатках, во всех случаях направлялась в адрес органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации или в адрес органа исполнительной власти, осуществляющего функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, подведомственным ему федеральным органам исполнительной власти и Российской академии наук. Материалы 18 проверок направлены в органы прокуратуры и другие правоохранительные органы.

По результатам всех проведенных проверок составлялись соответствующие акты, а также выданы предписания об устранении выявленных нарушений руководителям органов государственной власти субъектов Российской Федерации. При проведении контроля осуществлялось межведомственное взаимодействие с органами прокуратуры Российской Федерации в регионах, в том числе по фактам длительного простоя медицинского оборудования.

Таким образом, изложенные в письме рекомендации Счетной палаты Российской Федерации, нашли отражение в текущей деятельности и будут учтены в дальнейшей работе субъектов Российской Федерации и Министерства здравоохранения Российской Федерации с учетом прилагаемого Плана мероприятий Министерства здравоохранения Российской Федерации по работе над замечаниями Счетной палаты Российской Федерации по результатам контрольного мероприятия "Аудит эффективности использования средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, направленных в 2011 - 2013 годах на реализацию программ и мероприятий по модернизации здравоохранения (параллельно с контрольно-счетной палатой Ярославской области, Счетной палатой Ямало-Ненецкого автономного округа (по согласованию)".

Утверждаю
Заместитель Министра здравоохранения
Российской Федерации
А.З.ФАРРАХОВ

ПЛАН
МЕРОПРИЯТИЙ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО РАБОТЕ НАД ЗАМЕЧАНИЯМИ
СЧЕТНОЙ ПАЛАТЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ
КОНТРОЛЬНОГО МЕРОПРИЯТИЯ "АУДИТ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ
СРЕДСТВ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ, НАПРАВЛЕННЫХ В 2011 - 2013 ГОДАХ
НА РЕАЛИЗАЦИЮ ПРОГРАММ И МЕРОПРИЯТИЙ ПО МОДЕРНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (ПАРАЛЛЕЛЬНО С КОНТРОЛЬНО-СЧЕТНОЙ
ПАЛАТОЙ ЯРОСЛАВСКОЙ ОБЛАСТИ, СЧЕТНОЙ ПАЛАТОЙ
ЯМАЛО-НЕНЕЦКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА
(ПО СОГЛАСОВАНИЮ)"

N п/п	Текст замечания	Ответственный руководитель	План мероприятий	Сроки выполнения мероприятий	Контроль
1	2	3	4	5	6
1.	Распределение субсидий из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее - Фонд) на реализацию региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации в части мероприятий по строительству перинатальных центров было осуществлено некорректно. Так, при расчете размера субсидии по Республике Башкортостан применены коэффициенты, не соответствующие приказу Министерства регионального развития Российской Федерации от 4 октября 2011 г. N 481 "Об утверждении методических	Байбарина Е.Н. - отв. Стадченко Н.Н. Хорова Н.А.	Совместно с Республикой Башкортостан провести необходимую работу и подготовить решение о возможности коррекции размера субсидий из бюджета ФФОМС на реализацию мероприятий по проектированию, строительству и вводу в эксплуатацию перинатальных центров для Республики Башкортостан.	02 июня 2014 г.	А.З. Фаррахов

	рекомендаций по применению государственных сметных нормативов - укрупненных нормативов цены строительства различных видов объектов капитального строительства непроизводственного назначения и инженерной инфраструктуры ". Рекомендуемый коэффициент, учитывающий регионально-климатические условия осуществления строительства по Республике Башкортостан составляет 1,09, в представленном Минздравом России расчете по Республике Башкортостан данный коэффициент указан, как 0,9, что привело к уменьшению размера субсидии, предоставленной Республике Башкортостан. Данная ошибка в расчетах признана Минздравом России письмом от 11 декабря 2013 года N 15-4/10/1-6151, однако мероприятия по восстановлению сниженных объемов субсидии Минздравом России не осуществлены.				
2.	На 31 декабря 2013 года соглашения высших исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации с Министерством здравоохранения Российской Федерации и Фондом о финансовом обеспечении региональных программ по строительству перинатальных центров, предусмотренных распоряжением Правительства Российской Федерации от 9 декабря 2013 г. N 2302-р находились в стадии согласования. Средства в сумме 52 655 701,6 тыс. рублей, предусмотренные распоряжением Правительства Российской Федерации от 15 октября 2013 г. N 1873-р, до субъектов Российской Федерации в 2013 году не были доведены.	Байбарина Е.Н. - отв. Стадченко Н.Н. Хорова Н.А.	Заключить трехсторонние соглашения со всеми заинтересованными субъектами Российской Федерации и перечислить субсидии в соответствии с соглашениями.	Выполнено (за исключением г. Москва)	А.З. Фаррахов

3.	По данным отчетов субъектов Российской Федерации, представленных Минздравом России, не завершено строительство 9 медицинских организаций (из 110 запланированных), капитальный ремонт не проведен в 95 медицинских организациях (из 3 734 запланированных), не закуплено и не поставлено 4 088 единиц медицинского оборудования. Наименьший процент исполнения запланированных мероприятий по укреплению материально-технической базы медицинских организаций выявлен по г. Москве, г. Санкт-Петербург, Кабардино-Балкарской Республике, Республике Коми, Тверской, Саратовской, Московской и Челябинской областям. Как следствие пункт 2 раздела I Протокола заседания Правительства Российской Федерации от 25 января 2013 г. N 2 не исполнен. При этом действующее законодательство не предусматривает использование остатков средств субсидий Фонда, предоставленных в 2011 - 2012 годах, на те же цели в 2014 году, что делает невозможным оплату за счет указанных средств заключенных в субъектах Российской Федерации государственных контрактов.	Хорова Н.А. - отв. Стадченко Н.Н. Мурашко М.А.	1) Провести анализ причин невыполнения плана мероприятий по завершению строительства ранее начатых объектов, по проведению капитального ремонта государственных и муниципальных учреждений здравоохранения в г. Москве, г. Санкт-Петербург, Кабардино-Балкарской Республике, Республике Коми, Тверской, Саратовской, Московской и Челябинской областям 2) Предоставить информацию о взыскании должностным лицам субъектов Российской Федерации, допустивших нарушения.	02 июня 2014 г.	А.З. Фаррахов Т.В. Яковлева
	В ходе проверки в субъектах Российской Федерации выявлены факты ненадлежащего использования и простоя медицинского оборудования, закупленного в рамках реализации региональных программ модернизации здравоохранения. Так, в Республике Башкортостан выявлены факты нарушения сроков ввода в эксплуатацию медицинского оборудования общей стоимостью 214 840,5 тыс. рублей по причине нарушения поставщиками условий заключенных государственных контрактов, а также факты	Никитин И.Г. - отв. Байбарина Е.Н. Стадченко Н.Н. Мурашко М.А.	1) Провести анализ причин невыполнения плана мероприятий по приобретению и вводу в эксплуатацию медицинского оборудования. 2) Проанализировать факты нарушений сроков ввода в эксплуатацию, простоя медицинского оборудования и поставки медицинского оборудования, не	02 июня 2014 г.	Т.В. Яковлева

	неэффективного использования имущества на сумму 65 640,0 тыс. рублей (оплачено, установлено, но не используется). Также выявлены факты простоя закупленного медицинского оборудования и санитарного автотранспорта. В ходе контрольного мероприятия Контрольно-счетной палаты Ярославской области установлено, что в Ярославской области имели место случаи поставки медицинского оборудования, не соответствующего по своим характеристикам требованиям, указанным в государственных контрактах на его приобретение. В Ямало-Ненецком автономном округе нарушения сроков поставки медицинского оборудования сроком от 1 до 202 дней имели место по 89 из 359 заключенных государственных контрактов (24,8% от заключенных контрактов). Поставленное в лечебные учреждения Ямало-Ненецкого автономного округа медицинское оборудование по 12 из 359 заключенных государственных контрактов введено в эксплуатацию с нарушением срока, установленного заключенными государственными контрактами, от 2 до 138 дней. Установлены факты неэффективного использования имущества на сумму 109 000,0 тыс. рублей (оплачено, установлено, но не используется).		соответствующего требованиям контрактов в Республике Башкортостан, в Ярославской области, Ямало-Ненецком автономном округе. 3) Разработать меры по обеспечению ввода в эксплуатацию закупленного медицинского оборудования. 4) Предоставить информацию о взыскании должностным лицам субъектов Российской Федерации, допустивших нарушения в Республике Башкортостан, Ярославской области, Ямало-Ненецком автономном округе.		

	По результатам проверки Счетной палаты Ямало-Ненецкого автономного округа установлено, что мероприятие окружной программы по модернизации здравоохранения в части приобретения санитарного автотранспорта в количестве 1 единицы стоимостью 700,0 тыс. рублей не выполнено.	Гусева О.И.	1) Провести анализ причин невыполнения плана мероприятий по приобретению санитарного автотранспорта Ямало-Ненецким автономным округом. 2) Предоставить информацию о взыскании должностным лицам субъектов Российской Федерации, допустивших нарушения.	02 июня 2014 г.	Т.В. Яковлева
	Рядом субъектов Российской Федерации реализация мероприятий по укреплению материально-технической базы государственных и муниципальных учреждений здравоохранения (за исключением мероприятий по строительству перинатальных центров) не завершена в сроки, установленные частью 1 статьи 50 Федерального закона N 326-ФЗ (2011 - 2013 годы).	Хорова Н.А. - отв. Ивакин Р.М. Стадченко Н.Н.	1) Предоставить предложения по механизму финансирования завершения мероприятий региональных программ модернизации здравоохранения.	02 июня 2014 г.	А.З. Фаррахов Т.В. Яковлева
КонсультантПлюс: примечание. Нумерация пунктов дана в соответствии с официальным текстом документа.					
5.	В ходе проверки ФГБУ "Н" Российской академии медицинских наук были выявлены факты нарушения порядка оплаты заключенных договоров на сумму 132 084,2 тыс. рублей, что может свидетельствовать о халатных действиях либо иных злоупотреблениях своими полномочиями должностных лиц ФГБУ "Н" РАМН и требует дополнительной уголовно-правовой квалификации данных деяний.	Хорова Н.А.	1) Запросить "Ф" о причинах выявленных нарушений, принятых мерах по их устранению. 2) Предоставить информацию о взыскании должностным лицам, допустивших нарушения.	02 июня 2014 г.	А.З. Фаррахов
6.	Органами исполнительной власти Кабардино-Балкарской Республики, Республики Ингушетия,	Ивакин Р.М.	1) Провести анализ причин невыполнения мероприятий	02 июня 2014 г.	А.З. Фаррахов

	Нижегородской области, Саратовской области и Магаданской области, ответственными за реализацию региональных программ модернизации здравоохранения мероприятия региональных программ модернизации здравоохранения по внедрению информационных систем в здравоохранение, не выполнены в полном объеме в сроки, установленные частью 1 статьи 50 Федерального закона N 326-ФЗ (2011 - 2013 годы).		в части мероприятий внедрению современных информационных систем в здравоохранение в Кабардино-Балкарской Республике, Республики Ингушетия, Нижегородской, Саратовской и Магаданской областях. 2) Предоставить информацию о взыскании должностным лицам, допустивших нарушения.		
7.	Минздравом России не исполнены полномочия, установленные частью 3 статьи 91 и частью 3 статьи 92 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской федерации", пунктами 5.2.200 Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 19 июня 2012 г. N 608, по утверждению порядка ведения информационных систем в сфере здравоохранения и порядка ведения персонифицированного учета при осуществлении медицинской деятельности. На момент проверки указанные документы не были изданы.	Ивакин Р.М.	1) Разработать проекты нормативных правовых актов, утверждающих порядок ведения информационных систем в сфере здравоохранения и порядок ведения персонифицированного учета при осуществлении медицинской деятельности лиц, которым оказываются медицинские услуги	02 июня 2014 г.	А.З. Фаррахов
8.	В нарушение сроков, установленных разделом 10 Концепции создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 28 апреля 2011 г. N 364, мероприятия по внедрению современных информационных систем в	Ивакин Р.М.	1) Провести анализ состояния регионального сегмента Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения. 2) Завершить интеграцию	1 августа 2014 г.	А.З. Фаррахов

	здравоохранение, в том числе в части интеграции федерального и регионального сегментов информационных систем, выполнены к концу 2013 года после завершения финансирования за счет средств Фонда реализации региональных программ модернизации здравоохранения. Завершение мероприятий по созданию прикладных региональных систем единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения и их интеграция с прикладными федеральными сегментами потребует дополнительного финансирования за счет средств региональных бюджетов. В результате имеется риск неэффективного функционирования Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения на региональном уровне, в том числе электронной медицинской карты и электронной записи на прием к врачу, интегрированной с Единым порталом государственных услуг.		регионального и федерального сегментов информационных систем.		
9.	В ходе сравнительного анализа в 2013 году по сравнению с 2012 годом стоимости случаев госпитализации, установленной субъектами Российской Федерации в тарифных соглашениях, выявлено, что по ряду нозологий стоимость случаев госпитализации была значительно (более, чем на 50%) снижена. В ходе проверки Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ямало-Ненецкого автономного округа было установлено, что снижение тарифов по отдельным стандартам в 2013 году по сравнению с 2012 годом было связано с изменением способа оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, и переходом на	Стадченко Н.Н.	1) Провести анализ стоимости тарифов на оплату медицинской помощи, установленной субъектами Российской Федерации в 2012 - 2013 годах, в Ямало-Ненецком автономном округе. 2) Оказать организационно-методическую поддержку Ямало-Ненецкому автономному округу по установлению тарифов на оплату медицинской помощи в 2014 году на	02 июня 2014 г.	А.З. Фаррахов

	клинико-статистические группы в соответствии с рекомендациями Минздрава России "Способы оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп болезней (КСГ)", направленные письмом от 20.12.2012 N 14-6/10/2-5305.		уровне не ниже 2013 года.		
КонсультантПлюс: примечание. Нумерация пунктов дана в соответствии с официальным текстом документа.					
9.2.	За 2011 - 2012 годы на реализацию мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи было предусмотрено из всех источников финансирования 71 080,3 тыс. рублей, из них израсходовано - 70 540,3 тыс. рублей (99,2%). Только в 38 субъектах Российской Федерации выделенные средства освоены на 100,0%, в 26 субъектах Российской Федерации освоение средств составило 99,3 - 99,9%. Менее 99% освоения средств отмечено в 17 субъектах Российской Федерации, в том числе наименьшее в Новгородской области - 73,4%, Ненецком автономном округе - 87,6%), Челябинской области - 95,1%.	Никитин И.Г. - отв. Хорова Н.А. Стадченко Н.Н.	1) Провести анализ причин неполного использования средств на реализацию мероприятия. 2) Предоставить информацию о наложении взысканий на должностных лиц,	02 июня 2014 г.	Т.В. Яковлева
9.3.	По состоянию на 1 января 2013 г. фактически израсходовано средств на диспансеризацию 14-летних подростков в сумме 2 879,5 млн. рублей или 92,8% от запланированных, прошли диспансеризацию 2 311,3 тыс. человек или 98,6% от числа подлежащих диспансеризации. Охват диспансеризацией подростков в 100% зарегистрирован только в 38 субъектах Российской Федерации. При этом в данной	Байбарина Е.Н. - отв. Стадченко Н.Н.	1) Провести анализ причин неполного использования средств на реализацию мероприятия в Ленинградской, Новгородской, Курганской, Магаданской областях, Алтайском, Краснодарском краях, Республике Северная	02 июня 2014 г.	Т.В. Яковлева

	группе субъектов отмечаются низкие показатели освоения предусмотренных средств в: Ленинградской (87,4%), Новгородской (63,9%), Курганской (86,7%), Магаданской (82,3%) областях, Алтайском (78,1%), Краснодарском (78,8%) краях, Республике Северная Осетия-Алания (72,5%) и Удмуртской Республике (88,9%). Данные факты могут свидетельствовать о недостаточных качестве и полноте проведенной диспансеризации.		Осетия-Алания и Удмуртской Республике. 2) Предоставить информацию о наложении взысканий на должностных лиц, допустивших нарушения.		
9.4.	По итогам 2013 года в ряде субъектов Российской Федерации отмечены крайне низкие темпы роста уровня заработной платы, в том числе в Пермском крае (менее 1%), Вологодской (4,5%). Воронежской (5,5%) областях и Республике Мордовия (7,9%)	Семенова Т.В. - отв.	1) Провести анализ причин низкого уровня темпов роста заработной платы врачам в Пермском крае, Вологодской, Воронежской областях и Республике Мордовия.	02 июня 2014 г.	Т.В. Яковлева
10.	В ряде субъектов Российской Федерации не выполнены в полном объеме планируемые мероприятия по развитию сети медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь сельским жителям, не достигнуты основные целевые значения показателей по деятельности первичного звена здравоохранения. Так, например, не достигли планируемых значений показателей по открытию офисов (отделений) общеврачебной практики Тверская, Калининградская, Кировская, Иркутская области, Республика Башкортостан, Алтайский край и Чувашская Республика. В нарушение установленных целевых значений показателей по открытию фельдшерско-акушерских пунктов за 2011 - 2013 годы в целом по Российской Федерации отмечено сокращение числа фельдшерско-	Никитин И.Г.	1) Провести анализ причин недостижения показателей по открытию офисов (отделений) общеврачебной практики в Тверской, Калининградской, Кировской, Иркутской областях, Республике Башкортостан, Алтайском крае и Чувашской Республике, сокращения числа фельдшерско-акушерских пунктов и невыполнения запланированных значений в Алтайском крае, Псковской, Курской, Тульской, Кировской и Тверской областях.	02 июня 2014 г.	Т.В. Яковлева

	акушерских пунктов на 3,5%. Сократили число ФАПов и не выполнили запланированные значения по открытию фельдшерско-акушерских пунктов 32 субъекта Российской Федерации, в том числе Алтайский край, Псковская, Курская, Тульская, Кировская и Тверская области.		2) Проработать вопрос о принятии дополнительных мер по повышению качества и доступности медицинской помощи сельским жителям.		
11.	Предпринятые субъектами Российской Федерации мероприятия по приближению специализированной медицинской помощи к сельским жителям пока недостаточны для реализации пункта 1 статьи 10 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" - организации оказания медицинской помощи по принципу приближенности к месту жительства, месту работы или обучения.	Никитин И Г.	1) Представить предложения по дополнительным мерам в целях приближения специализированной медицинской помощи к сельским жителям с учетом построения трехуровневой системы оказания медицинской помощи.	02 июня 2014 г.	Т.В. Яковлева
12.	Не достигли целевых значений показателей по смертности населения 31 субъект Российской Федерации, в том числе Белгородская область (13,9 на 1000 населения при целевом значении 13,0), Курская область (16,3 при целевом значении 15,4), Смоленская область (16,5 при целевом значении 15,6), Ленинградская область (14,6 при целевом значении 14,0); По России в целом не достигнуты целевые значения показателей по смертности населения от новообразований и от дорожно-транспортных происшествий, в том числе не достигли целевых	Какорина Е.П. - отв. Никитин И.Г.	1) Провести анализ недостижения целевых значений показателей смертности населения, установленных региональными программами модернизации здравоохранения Белгородской, Курской, Смоленской, Ленинградской областей.	02 июня 2014 г.	Т.В. Яковлева

	значений показателей по смертности населения от новообразований 59 субъектов Российской Федерации, от последствий дорожно-транспортных происшествий - 54 субъекта Российской Федерации.	Никитин И.Г. - отв.	1) Предоставить предложения в план мероприятий по снижению уровня смертности населения Белгородской, Курской, Смоленской, Ленинградской областей, а также от новообразований и от дорожно-транспортных происшествий населения субъектов Российской Федерации, не достигнувших целевые показатели.	02 июня 2014 г.	
13.	В рамках реализации региональных программ модернизации здравоохранения предполагалось увеличить число врачей до 507 933 человек. Однако на 1 января 2014 года число врачей составило всего 495 055 человек, что на 679 человек меньше, чем в 2012 году. Размер дефицита врачебными кадрами по оценке субъектов Российской Федерации по данным на 1 января 2014 составил 208 701 человек, из них 115 593 - для оказания первичной медико-санитарной помощи.	Семенова Т.В.	1) Проанализировать причины недостижения целевых показателей снижения дефицита врачебных кадров и предоставить предложения по его снижению.	02 июня 2014 г.	Т.В. Яковлева
14.	Минздравом России и Фондом не были приняты исчерпывающие меры по реализации установленных частью 15 статьи 50 Федерального закона N 326-ФЗ полномочий по контролю за реализацией программ и мероприятий по модернизации здравоохранения.	Байбарина Е.Н. - отв. Стадченко Н.Н. Хорова Н.А.	1) Проработать вопрос о дополнительных механизмах осуществления контроля реализации мероприятий по строительству перинатальных центров.	02 июня 2014 г.	А.З. Фаррахов