|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **п/п** | **Регион** | **ФИО эксперта** | | | **Должность по месту работы, общественная деятельность, принадлежность к ОНФ** | | **Предложение** |
|  | Москва | | Морозов Дмитрий Анатольевич | Председатель комитета ГД РФ по охране здоровья | | **По статье 71:**  **Дополнить Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»**  **Статья 14.** Полномочия федеральных органов государственной власти в сфере охраны здоровья  2. К полномочиям [федерального органа](http://ivo.garant.ru/document/redirect/70192436/1000) исполнительной власти, осуществляющего функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (далее - уполномоченный федеральный орган исполнительной власти), относятся:  …  1) проведение единой государственной политики в сфере здравоохранения, разработка и реализация программ формирования здорового образа жизни и других программ в сфере охраны здоровья, реализация мер по развитию здравоохранения, профилактике заболеваний, **сохранению и укреплению общественного здоровья, формированию культуры ответственного отношения граждан к своему здоровью,** санитарно-эпидемиологическому благополучию населения, оказанию медицинской помощи, организации медицинской деятельности, связанной с трансплантацией (пересадкой) органов и тканей человека, в том числе с донорством органов и тканей в целях трансплантации (пересадки), санитарно-гигиеническому просвещению;  **По статье 72:**   1. **Дополнить Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»**   **Статья 16.** Полномочия органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья.  1. К полномочиям органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья относятся:  …  6) создание в пределах компетенции, определенной законодательством Российской Федерации, условий для развития медицинской помощи, обеспечения ее качества и доступности;  …  8) организация осуществления мероприятий по профилактике заболеваний, **сохранению и укреплению общественного здоровья, созданию условий для ведения здорового образа жизни, формированию культуры ответственного отношения к своему здоровью** у граждан, проживающих на территории субъекта Российской Федерации;  …   1. **Дополнить Федеральный закон от 6 октября 1999 года № 184-ФЗ «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации»**   **Статья 26.3.** Принципы финансового обеспечения осуществления органами государственной власти субъекта Российской Федерации полномочий по предметам ведения Российской Федерации и по предметам совместного ведения Российской Федерации и субъектов Российской Федерации  2. К полномочиям органов государственной власти субъекта Российской Федерации по предметам совместного ведения, осуществляемым данными органами самостоятельно за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации (за исключением субвенций из федерального бюджета), относится решение вопросов:  …  21) организации оказания населению субъекта Российской Федерации первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и паллиативной медицинской помощи, обеспечения качества и доступности медицинской помощи, проведения медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований в медицинских организациях, подведомственных исполнительным органам государственной власти субъекта Российской Федерации;  …  **21.4) организации осуществления мероприятий по профилактике заболеваний, сохранению и укреплению общественного здоровья, созданию условий для ведения здорового образа жизни, формированию культуры ответственного отношения к своему здоровью;**  **По статье 114** Дополнить [**Федеральный конституционный закон  от 17 декабря 1997 года № 2-ФКЗ «О Правительстве Российской Федерации»**](https://base.garant.ru/12106440/)  **Статья 16.**Полномочия Правительства Российской Федерации в социальной сфере  **Правительство Российской Федерации:**  …  **обеспечивает проведение единой государственной политики в области здравоохранения,** принимает меры по реализации прав граждан на охрану здоровья, по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия;  **По статье 132** **Дополнить:**   1. **Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»**   **Статья 17.** Полномочия органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья  К полномочиям органов местного самоуправления городских округов и муниципальных районов (за исключением территорий, медицинская помощь населению которых оказывается в соответствии со статьей 42 настоящего Федерального закона) в сфере охраны здоровья относятся:  1) создание условий для оказания медицинской помощи населению в соответствии с территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и законом субъекта Российской Федерации, **обеспечение доступности** **медицинской помощи** в пределах полномочий, установленных Федеральным законом от 6 октября 2003 года № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации»;   1. **Федеральный закон от 6 октября 2003 года № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации»**   **Статья 15.** Вопросы местного значения муниципального района  12) создание условий для оказания медицинской помощи **населению, обеспечение ее доступности** на территории муниципального района (за исключением территорий поселений, включенных в утвержденный Правительством Российской Федерации перечень территорий, население которых обеспечивается медицинской помощью в медицинских организациях, подведомственных федеральному органу исполнительной власти, осуществляющему функции по медико-санитарному обеспечению населения отдельных территорий) в соответствии с территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;  …  **Статья 16.** Вопросы местного значения муниципального, городского округа  **…**  14) создание условий для оказания медицинской помощи **населению, обеспечение ее доступности** на территории муниципального, городского округа (за исключением территорий муниципальных, городских округов, включенных в утвержденный Правительством Российской Федерации перечень территорий, население которых обеспечивается медицинской помощью в медицинских организациях, подведомственных федеральному органу исполнительной власти, осуществляющему функции по медико-санитарному обеспечению населения отдельных территорий) в соответствии с территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;… | |
|  | Москва | | Санина Наталья Петровна | Депутат ГД РФ | | **По статье 71 Дополнить:**   1. **Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»**   **Статья 14.** Полномочия федеральных органов государственной власти в сфере охраны здоровья  2. К полномочиям [федерального органа](http://ivo.garant.ru/document/redirect/70192436/1000) исполнительной власти, осуществляющего функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (далее - уполномоченный федеральный орган исполнительной власти), относятся:  …  1) проведение единой государственной политики в сфере здравоохранения, **установление единых правовых основ системы здравоохранения,** разработка и реализация программ формирования здорового образа жизни и других программ в сфере охраны здоровья, реализация мер по развитию здравоохранения, профилактике заболеваний, **обеспечению оказания доступной и качественной медицинской помощи,** санитарно-эпидемиологическому благополучию населения, оказанию медицинской помощи, организации медицинской деятельности, связанной с трансплантацией (пересадкой) органов и тканей человека, в том числе с донорством органов и тканей в целях трансплантации (пересадки), санитарно-гигиеническому просвещению;   1. [**Федеральный конституционный закон  от 17 декабря 1997 года № 2-ФКЗ «О Правительстве Российской Федерации»**](https://base.garant.ru/12106440/)   **Статья 16.**Полномочия Правительства Российской Федерации в социальной сфере  **Правительство Российской Федерации:**  …  **обеспечивает установление единых правовых основ системы здравоохранения,** принимает меры по реализации прав граждан на охрану здоровья**, оказание качественной и доступной медицинской помощи,** по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия;   1. **Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»**  Статья 14. Полномочия федеральных органов государственной власти в сфере охраны здоровьяДополнить п.12.1 ч.2Разработка и утверждение основных профессиональных образовательных программ медицинского образования и фармацевтического образования.Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» **Статья 82. Особенности реализации профессиональных образовательных программ медицинского образования и фармацевтического образования**  **Дополнить частью1.1**  **1.1 Примерные основные профессиональные образовательные программы медицинского образования и фармацевтического образования, реализуемые в образовательных организациях, находящихся в ведении уполномоченного федерального органа исполнительной власти в сфере здравоохранения, иных федеральных государственных органов, государственных органов субъектов Российской Федерации, а также в негосударственных образовательных организациях, разрабатываются и утверждаются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения на основе требований, предусмотренных настоящим Федеральным  законом и требований, установленных профессиональными стандартами в сфере здравоохранения.**  **По статье 72 Дополнить:**   1. **Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»**   **Статья 14.** Полномочия федеральных органов государственной власти в сфере охраны здоровья  2. К полномочиям [федерального органа](http://ivo.garant.ru/document/redirect/70192436/1000) исполнительной власти, осуществляющего функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (далее - уполномоченный федеральный орган исполнительной власти), относятся:  …  1) проведение единой государственной политики в сфере здравоохранения, **установление единых правовых основ системы здравоохранения,** разработка и реализация программ формирования здорового образа жизни и других программ в сфере охраны здоровья, реализация мер по развитию здравоохранения, профилактике заболеваний, **обеспечению оказания доступной и качественной медицинской помощи,** санитарно-эпидемиологическому благополучию населения, оказанию медицинской помощи, организации медицинской деятельности, связанной с трансплантацией (пересадкой) органов и тканей человека, в том числе с донорством органов и тканей в целях трансплантации (пересадки), санитарно-гигиеническому просвещению;   1. **Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»**  Статья 12. Приоритет профилактики в сфере охраны здоровья Приоритет профилактики в сфере охраны здоровья обеспечивается путем:1.1 формирования культуры ответственного отношения граждан к своему здоровью **3) Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»** Статья 18. Право на охрану здоровья  1. Право на охрану здоровья обеспечивается **реализацией** **мер по сохранению и укреплению общественного здоровья,** охраной окружающей среды, созданием **условий для ведения здорового образа жизни,** безопасных условий труда, благоприятных условий труда, быта, отдыха, воспитания и обучения граждан, производством и реализацией продуктов питания соответствующего качества, качественных, безопасных и доступных лекарственных препаратов, а также оказанием доступной и качественной медицинской помощи.   **4) Федеральный закон от 6 октября 1999 года № 184-ФЗ «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации»**  **Статья 26.3.** Принципы финансового обеспечения осуществления органами государственной власти субъекта Российской Федерации полномочий по предметам ведения Российской Федерации и по предметам совместного ведения Российской Федерации и субъектов Российской Федерации  2. К полномочиям органов государственной власти субъекта Российской Федерации по предметам совместного ведения, осуществляемым данными органами самостоятельно за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации (за исключением субвенций из федерального бюджета), относится решение вопросов:  …  21) организации оказания населению субъекта Российской Федерации **качественной и доступной медицинской помощи, включая первичную медико-санитарную помощь, специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь и паллиативную медицинскую помощь,** проведения медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований в медицинских организациях, подведомственных исполнительным органам государственной власти субъекта Российской Федерации; | |
|  | Белгородская область | Шаманов Андрей Валерьевич | | | Главный врач ОГБУЗ «Белгородский онкологический диспансер», главный внештатный специалист онколог департамента здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области, эксперт РО | | На законодательном уровне Российской Федерации (в том числе в трудовой Кодекс РФ от 30.12.2001 №197-ФЗ) и субъектов Российской Федерации в целях формирования культуры ответственного отношения граждан к своему здоровью и здоровью своих детей ввести мотивационные меры для граждан за отказ от прохождения диспансеризации и плановых профилактических осмотров, иммунопрофилактики. Взрослому населению для полноценного прохождения медицинских осмотров предоставлять два дня к ежегодному оплачиваемому отпуску.  Предусмотреть ответственность работодателя за отказ в предоставлении возможности работнику пройти диспансеризацию, профилактический осмотр и т.п., за действия направленные на невозможность поддержания здорового образа жизни. |
|  | Белгородская область | Полякова Ольга Анатольевна | | | Главный врач ОГБУЗ «Городская поликлиника города Белгорода», главный внештатный специалист терапевт департамента здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области, эксперт РО | |
|  | Белгородская область | Немцева Светлана Алексеевна | | | Главный врач ОГБУЗ «Старооскольская окружная больница Святителя Луки Крымского», эксперт РО | |
|  | Белгородская область | Елфимова Марина Владимировна | | | Главный врач ОГБУЗ «Новооскольская центральная районная больница», эксперт РО | | Разработать и принять закон о защите чести и достоинства медицинских работников при исполнении служебных обязанностей, позволяющий свести к минимуму «пациентский экстремизм». |
|  | Белгородская область | Касьяненко Оксана Владимировна | | | Главный врач ОГБУЗ «Губкинская городская детская больница», эксперт РО | | На законодательном федеральном уровне ввести обязательное страхование профессиональных рисков врачей, внедрить механизм страхования гражданской ответственности, связанной с профессиональной медицинской деятельностью. |
|  | Белгородская область | Колединцева Елена Викторовна | | | Главный врач ОГБУЗ «Городская детская поликлиника № 3 города Старого Оскола, эксперт РО | | При трудоустройстве выпускников призывного возраста разрешить прохождение альтернативной службы по месту работы. Выпускники призывного возраста высших учебных заведений и учреждений среднего профессионального образования, после окончания учебы должны пройти военную службу, все усилия медицинских учреждений по привлечению кадров не имеют успеха, так как опять остаются без специалистов. |
|  | Белгородская область | Немцева Светлана Алексеевна | | | Главный врач ОГБУЗ «Старооскольская окружная больница Святителя Луки Крымского», эксперт РО | | В Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» № 273-ФЗ от 29.12.2012 г. включить статью, обязывающую выпускника медицинского ВУЗа, в том числе, при обучении в клинической ординатуре, обучавшегося на бюджетном месте, отработать в государственной медицинской организации 5 лет в качестве врача-терапевта/врача общей практики или врача-специалиста по специальности, полученной в клинической ординатуре. Предоставить выпускникам право выбора медицинской организации по принципу приоритетности в соответствии со средним баллом |
|  | Белгородская область | Немцева Светлана Алексеевна | | | Главный врач ОГБУЗ «Старооскольская окружная больница Святителя Луки Крымского», эксперт РО | | На федеральном законодательном уровне обязать органы местного самоуправления городских и сельских поселений, на территориях которых расположены медицинские организации, в которые прибывают на работу молодые специалисты, обучавшиеся на бюджетных местах, предоставлять им жилье. |
|  | Белгородская область | Афанасова Екатерина Александровна | | | И.О. главного врача ОГКУЗ «Белгородская областная клиническая психоневрологическая больница», эксперт РО | | В настоящее время отсутствуют нормативные правовые акты, регламентирующие единый порядок реализации принудительных мер медицинского характера (ПММХ). Единственным документом, освещающим подходы к реализации ПММХ, является Методическое письмо Минздрава РФ от 23.07.1999г. № 2510/8236-99-32 «О порядке применения принудительных и иных мер медицинского характера в отношении лиц с тяжелыми психическими расстройствами, совершивших общественно опасные деяния» (статья 21 и часть 1 статьи 81 УК РФ)», впоследствии отмененное Минздравом РФ (10.05.2001г. № 2510/4817-01 -25) по заключению Минюста РФ как не соответствующее Правилам подготовки нормативных правовых актов федеральных органов исполнительной власти и их государственной регистрации, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 13.08.97г. №1009 |
|  | Белгородская область | Тращенко Елена Геннадиевна | | | Главный врач ОГБУЗ «Старооскольский центр специализированной мед.пом. психиатрии и психиатрии-наркологии», эксперт РО | | Пересмотреть Порядок допуска к работе на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда лиц, страдающих наркологическими расстройствами. В настоящее время данный порядок регламентируется приказом Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 № 302н «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда». В соответствии с данным приказом, лица, у которых диагностирован синдром зависимости от психоактивных веществ, имеют противопоказания практически ко всем видам работ, что затрудняет их трудоустройство и социализацию и, как следствие, приводит к рецидиву заболевания.  Ранее лица, страдающие наркологическими расстройствами, допускались к работе во вредных условиях в индивидуальном порядке через решение врачебной комиссии при наличии подтвержденной ремиссии сроком не менее 1 года. Предлагаем внести изменения в приказ № 302н от 12.04.2011 определив, что допуск к работам на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда лиц, страдающих наркологическим расстройствами осуществляется комиссией врачей психиатров-наркологов. |
|  | Белгородская область | Елфимова Марина Владимировна | | | Главный врач ОГБУЗ «Новооскольская центральная районная больница», эксперт РО | | Внести изменения в Указ Президента РФ от 07.05.2012 года  № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» в части оплаты труда среднего медицинского персонала. Предлагаем, не уменьшая заработную плату младшего медицинского персонала, увеличить заработную плату среднего медицинского персонала до 120 - 150 % от средней заработной платы по региону. |
|  | Белгородская область | Тращенко Елена Геннадиевна | | | Главный врач ОГБУЗ «Старооскольский центр специализированной мед.пом. психиатрии и психиатрии-наркологии», эксперт РО | | В законодательном порядке обязать лиц, которые были лишены водительских прав за управление автотранспортом в состоянии опьянения, проходить обследование у врача психиатра-нарколога в целях выявления наркологических расстройств, прослушать курс лекций, направленных на профилактику управления транспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения. |
|  | Белгородская область | Тращенко Елена Геннадиевна | | | Главный врач ОГБУЗ «Старооскольский центр специализированной мед.пом. психиатрии и психиатрии-наркологии», эксперт РО | | Внести в Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 02.07.1992 № 3185-1 изменения, которые позволят использовать его положения в части оказания специализированной медицинской помощи по профилю психиатрия-наркология, включая оказание помощи в недобровольном порядке, в том числе в соответствии со статьей 29 пункт «в». |
|  | Белгородская область | Черкашина Галина Дмитриевна | | | Директор ОГАУЗ «Санаторий «Красиво», эксперт РО | | Внести в статью 2 «Основные понятия, используемые в настоящем Федеральном законе» Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 N 323-ФЗ  внести следующие понятия:  - здоровый образ жизни;  - доступность для населения качественной медицинской помощи;  - система непрерывного медицинского образования;  - дефицит медицинских кадров всех уровней квалификации;  - контроль за проведением независимой оценки качества оказания медицинских услуг;  - методика оценки качества оказания медицинских услуг;  - фактор риска хронических неинфекционных заболеваний. |
|  | Белгородская область | Касьяненко Оксана Владимировна | | | Главный врач ОГБУЗ «Губкинская городская детская больница», эксперт РО | | Пункт 1 статьи 14 «Полномочия федеральных органов государственной власти в сфере охраны здоровья» Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 N 323-ФЗдополнить подпунктами 21, 22, 23 следующего содержания:  21) организация и осуществление контроля за доступностью для Населения качественной медицинской помощи в виде своевременного оказания гарантированных медицинских услуг;  22) организация системы непрерывного медицинского образования и осуществление контроля за дефицитом медицинских кадров всех уровней квалификации;  23) организация системы контроля за проведением независимой оценки качества медицинской помощи населению в медицинских организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, а также в медицинских организациях, оказывающих населению медицинскую помощь на коммерческой основе, в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. |
|  | Белгородская область | Черкашина Галина Дмитриевна | | | Директор ОГАУЗ «Санаторий «Красиво», эксперт РО | | Внести в статью 219 Налогового кодекса дополнения в части отнесения к социальным налоговым вычетам суммы, уплаченные налогоплательщиком за санаторно-курортное лечение, в статью 264 - в прочие расходы, связанные с производством и реализацией, «расходов организаций, направленных на приобретение санаторно-курортных путевок для своих работников». |
|  | Белгородская область | Черкашина Галина Дмитриевна | | | Директор ОГАУЗ «Санаторий «Красиво», эксперт РО | | Исключить в пункте 1 статьи 284.1 «Особенности применения налоговой ставки 0 процентов организациями, осуществляющими образовательную и (или) медицинскую деятельность» Налогового кодекса слова «При этом деятельность, связанная с санаторно-курортным лечением, не относится к медицинской деятельности» |
|  | Белгородская область | Касьяненко Оксана Владимировна | | | Главный врач ОГБУЗ «Губкинская городская детская больница», эксперт РО | | В части улучшения льготного обеспечения детей – инвалидов: наделить финансовыми полномочиями клиники федерального подчинения в обеспечении детей-инвалидов препаратами, не входящими в перечень ЖНВЛ и не зарегистрированными на территории Российской Федерации, на весь период лечения.  В настоящее время федеральные клиники обеспечивают детей-инвалидов указанными препаратами только на период госпитализации, а в регионах таких полномочий нет. В связи с этим возникает множество прецедентов, в том числе судебного порядка, на местах. |
|  | Белгородская область | Сафонова Антонина Владимировна | | | И.О. директора ОГКУЗ особого типа «Медицинский информационно-аналитический центр», эксперт РО | | Обязать работодателя обеспечить возможность прохождения сотрудниками реабилитации после перенесенного заболевания, при условии, что перенесенное заболевание не явилось следствием вредных привычек и нарушением работником предписаний врача, за исключением случаев, не по вине работника. |
|  | Белгородская область | Сафонова Антонина Владимировна | | | И.О. директора ОГКУЗ особого типа «Медицинский информационно-аналитический центр», эксперт РО | | Предлагаем на федеральном уровне законодательно обязать негосударственные медицинские организации и индивидуальных предпринимателей, оказывающих медицинские услуги предоставлять органам исполнительной власти в сфере охраны здоровья информацию о своей деятельности, в том числе данные федеральных статистически отчетов (по заболеваемости обратившихся, обследованиям, данные по лечебной и диагностической базе и т.п.). Законодательно данный вопрос не регламентирован, и обязывает (частично, не всех и в очень сжатом формате) предоставлять отчетность только в органы государственной статистики (в нашем случае Белстат). Кроме того, расширить полномочия органов исполнительной власти в сфере охраны здоровья по контролю за деятельностью и качеством оказания медицинской помощи данными учреждениями и ИП. В настоящее время проверять могут только при наличии жалобы и с ведома прокуратуры. Возможно предложить определенную периодичность (1 раз в два года). |
|  | Белгородская область | Сафонова Антонина Владимировна | | | И.О. директора ОГКУЗ особого типа «Медицинский информационно-аналитический центр», эксперт РО | | Предложить создание специализированной службы (общественной организации) для обеспечения больных инфекционными заболеваниями медикаментами, продуктами питания и первой необходимости (при отсутствии такой возможности у граждан) или законодательно обязать аптечную сеть и сеть супермаркетов обеспечивать бесплатную доставку необходимого такой категории граждан, чтобы обеспечить их изоляцию. |
|  | Белгородская область | Сафонова Антонина Владимировна | | | И.О. директора ОГКУЗ особого типа «Медицинский информационно-аналитический центр», эксперт РО | | Предусмотреть законодательно, на период официально объявленной эпидемии гриппа, ОРВИ, пандемии и т.п. (в т.ч. на региональном уровне), ограничение (фиксацию) цен на средства индивидуальной защиты, отечественные жаропонижающие и противовирусные препараты (по перечню). Кроме того, предусмотреть льготную (по минимальным ценам и внеочередное) продажу средств индивидуальной защиты и медицинского спирта для нужд медицинских организаций. |
|  | Владимирская область | Ильин Анатолий Иванович | | | Президент региональной общественной организации  «Врачебная Палата Владимирской области»,  эксперт РО | | При формировании бюджета РФ рассмотреть возможность увеличения государственных расходов на здравоохранение до 5-6 % ВВП |
|  | Владимирская область | Ильин Анатолий Иванович | | | Президент региональной общественной организации  «Врачебная Палата Владимирской области»,  эксперт РО | | Внести изменения в Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в части использования такого понятия, как «медицинская услуга». Предлагается заменить нормативных документах термин «медицинская услуга» на «медицинская помощь». |
|  | Владимирская область | Ильин Анатолий Иванович | | | Президент региональной общественной организации  «Врачебная Палата Владимирской области»,  эксперт РО | | Внести изменения в ст. 27 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».  «Граждане обязаны заботиться о сохранении своего здоровья» - декларативный характер этого пункта практически «не работает». Его требуется конкретизировать, или не указывать, как обязанность без ответственности. |
|  | Владимирская область | Ильин Анатолий Иванович | | | Президент региональной общественной организации  «Врачебная Палата Владимирской области»,  эксперт РО | | На основе предложений Резолюции VIII-го Международного конгресса «Оргздрав-2020. Эффективное управление в здравоохранении» разработать программу развития здравоохранения в РФ, обсудить её с медицинским сообществом, населением РФ и принять в окончательном варианте до конца 2020 года. |
|  | Владимирская область | безруков Владимир Александрович | | | Председатель правления «Ассоциации частных медицинских центров Владимирской области», эксперт РО | | Изменениями, внесенными в ч.1 ст.132 Конституции РФ предусмотрена обязанность органов местного самоуправления «в соответствии с федеральным законом обеспечивать в пределах своей компетенции доступность медицинской помощи».  Полагаем, что данная поправка должна быть подкреплена внесением изменений в федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 08.06.2020) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее Закон).  В частности, в ст. 2. «Основные понятия, используемые в настоящем Федеральном законе» должно быть дано исчерпывающее определения понятия «доступность медицинской помощи». Необходимо отметить, что в ст.10. данного Закона прописано, с помощью каких мер должны обеспечиваться доступность и качество медицинской помощи, но при этом само понятие «доступность» не конкретизировано, не установлены критерии для оценки доступности.  Соответственно, не учтен ряд важных факторов, которые влияют на доступность медицинской помощи и могли бы использоваться органами местного самоуправления для повышения укомплектованности медицинским персоналом, а также для создания условий бесперебойного функционирования медицинских организаций.  **Это:**   1. Предоставление медработником жилья на льготных условиях 2. Установление для медработников различных социальных преференций (льготы по оплате жилья и коммунальных услуг, оплата проезда к месту работы и обратно, выдача льготных кредитов на приобретение земли и жилья и т.д.) 3. Решение организационных вопросов, связанных с выделением земельных участков, находящихся в муниципальной собственности, под размещение на них медицинских организаций и объектов коммунальной инфраструктуры, обеспечивающих функционирование медицинских организаций. 4. Участие в ликвидации коммунальных аварий, последствий стихийных бедствий и чрезвычайных ситуаций, в результате которых нарушена деятельность медицинских организаций. 5. Участие в проведении ремонтных и восстановительных работ на объектах жизнеобеспечения, находящихся в муниципальной собственности, от деятельности которых зависит организация лечебно-диагностического процесса и обеспечение безопасности медицинских организаций.   Поэтому предлагается конкретизировать в данном законе понятия «качества и доступности медицинской помощи». |
|  | Владимирская область | Цыганский Александр Васильевич | | | Депутат Законодательного Собрания Владимирской области, эксперт РО ОНФ | | **Внести изменения в ст. 11. Федерального закона от 08.06.2020 г. № 168-ФЗ «О едином федеральном информационном регистре, содержащем сведения о населении Российской Федерации». Включить в пункт 1 ст. 11 дополнения: «сведения, содержащиеся в федеральном регистре сведений о населении, предоставляются** учреждениям здравоохранения в рамках своих компетенций»**.** |
|  | Владимирская область | Цыганский Александр Васильевич | | | Депутат Законодательного Собрания Владимирской области, эксперт РО ОНФ | | Внести изменения в пункт 4 ст. 46 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»:  **«Диспансеризация представляет собой** обязательный **комплекс мероприятий…»** |
|  | Владимирская область | Питиримова Татьяна Николаевна | | | Директор ООО «Медицинская компания «Эльф», эксперт РО ОНФ, модератор тематической площадки «Здравоохранение» | | * Исключить частные страховые медицинские организации из цепочки доведения государственных средств до медицинских организаций, а их функции распределить между государственными организациями. Территориальные отделения ФОМС сделать финансовыми подразделениями региональных органов управления здравоохранением, изменив их функции (это означает упразднение самостоятельности системы ОМС), вернуть бюджетное финансирование системы здравоохранения. * Установить, что участие частных медицинских организаций в реализации программы государственных гарантий должно происходить на долгосрочной основе, с выполнением всех требований и условий, предъявляемых к государственным организациям, а также при условии, что эту помощь невозможно оказать в государственном секторе (по объему, стоимости и/или на требуемом уровне качества). * Внести изменения в законодательство, которое связано с лицензированием медицинской деятельности. Установить, что медицинскую помощь в частных медицинских организациях могут оказывать только медицинские работники, которые имеют стаж работы в государственных организациях не менее 3 - 5-ти лет. Вернуть интернатуру, увеличить число бюджетных мест в ординатуру, вернуть институт «наставничества».   Включить **в пункт 9 приказа Министерства Здравоохранения РФ от 13.03.2019 г. № 124Н** дополнение о возможности прохождения диспансеризации в частных клиниках в целях организации доступной медицинской помощи для граждан, не привязывая частные клиники к приписному населению, а заключая договор с государственной медицинской организацией. |
|  | Владимирская область | Горячева Лариса Александровна | | | Главный врач ГКУЗ ВО «Владимирский дом ребенка специализированный», эксперт РО ОНФ, член Общественной Палаты Владимирской области | | * + 1. Кадровое обеспечение системы здравоохранения:   - Срок прохождения обучения в ординатуре включать в трудовой стаж при начислении пенсии.  - Создание единой системы заработной платы медицинских работников на всей территории РФ (достойная оплата труда с учетом степени образования, занимаемой должности, объема работы, стажа и категории, установить единые правила начисления надбавок и выплат стимулирующего характера в системе здравоохранения,)   * + 1. Единый тариф оплаты медицинской помощи из федерального фонда ОМС, независимо от форм собственности и категории.     2. Градостроительная политика:   Обязать органы местного самоуправления согласовывать с органами здравоохранения в регионах застройку новых жилых районов и отдельных объектов. Не разрешать застройку новых районов при отсутствии инфраструктуры здравоохранения.   * + 1. Обеспечить равные права и возможности граждан РФ на получение ими доступной и качественной медицинской помощи, независимо от территории проживания. |
|  | Владимирская область | Мизелева Галина Станиславовна | | | Доцент Владимирского филиала Российской Академии народного хозяйства и государственной службы, сопредседатель РШ | | 1. Введение системы обязательного распределения выпускников медицинских учебных заведений с определенным количеством лет обязательной отработки или возмещения затрат на подготовку специалиста 2. Создание единого центра по обслуживанию высокотехнологичного оборудования с соответствующей подготовкой специалистов в регионах и опорных пунктах   Восстановить деятельность «Института организации здравоохранения», т.к. стратегия развития здравоохранения не относится к компетенции министерства просвещения |
|  | Ивановская область | Малышкина Анна Ивановна | | | Директор ФГБУ «Ив НИИ М и Д им. В.Н. Городкова» Минздрава России,  депутат Ивановской областной Думы,  Член РШ | | **Предложения по реализации части 1 статьи 72 Конституции РФ**:  "Медицинские" поправки очень емкие и, при необходимости, предполагают изменение очень многих отраслевых норм и документов Федерального и регионального значения. В части реализации принципа качества и доступности медпомощи, например, существует проблема дисбаланса кадрового обеспечения в отрасли, во многом связанная с имеющей место значительной  разницей в оплате труда медиков в различных регионах страны, что зависит от показателя средней зарплаты по региону. Необходимо пересмотреть законодательство, регулирующее систему оплаты труда медицинских работников.  По созданию условий для здорового образа жизни - необходимо значительное ужесточение антиалкогольного законодательства, в частности, установить запрет на торговлю алкоголем в торговых точках, расположенных в многоквартирных домах. |
|  | Ивановская область | Римская Марина Вадимовна | | | Директор по связям с общественностью, ПК "Малплат", учредитель НКО "Человек и закон", эксперт РО | | **Предложения по реализации ст. 132 Конституции** РФ. Необходимо внесение изменений в федеральное законодательство в части конкретизации механизмов обеспечения доступности медицинской помощи в рамках полномочий органов местного самоуправления. |
|  | Костромская область | Лебедько П.В. | | | Председатель Костромской областной организации профсоюза работников здравоохранения,  член РШ ОНФ | | **В целях установления единых правовых основ системы здравоохранения (ст. 71, п. е)** предлагается:  1). подготовить новые нормативные акты и закрепить в них:  - соотношение заработной платы врачей, среднего и младшего медицинского персонала как соотношение 200:150:100;  - минимальный оклад работникам здравоохранения не ниже МРОТ;  2). внести изменения в Методику проведения специальной оценки условий труда медработников, утвержденную приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 24.01.2014 N 33н. в целях реализации требований ФЗ от 28.12.2013 N 426-ФЗ "О специальной оценке условий труда". |
|  | Липецкая область | Загрядский М.А. | | | Эксперт федеральных проектов Всероссийского Союза пациентов. Член РШ | | 1. Закрепление на уровне ФЗ права детей инвалидов на бесплатные лекарства. Постановление №890 от 30 июля 1994 г. лишь дает полномочия на закупку ЛС за счет субъектов, и его исполнение отличается в разных регионах. 2. На фоне поправок в Конституцию, разъяснений ВС от 17 июня, создании регистра пациентов, необходимо задуматься о создании ФЗ о лекарственном обеспечении граждан. Необходимо объединить практику и НПА разных уровней в единый документ. 3. Необходимо закрепить норму права в ФЗ 323 по поводу того, что если терапия, применяемая для лечения пациентов, показывает положительные результаты, то она не подлежит смене в сторону удешевления. Часто бывает так, что лекарственные препараты меняют с заменой на более дешевые аналоги. 4. Необходимо установить четкую вертикализацию власти и процессов в системе здравоохранения. Необходимо соблюдение единства в законодательстве и его трактовании во всех субъектах. 5. Закрепить запрет на выписку лекарственных средств без рецептурных бланков, как со стороны врачей, так и со стороны аптечных сетей запретить отпуск лекарств без рецепта (зачем тогда писать на упаковках «отпускается по рецептам врача»). Внести соответствующие изменения в Приказ 4Н и ФЗ-61. 6. Обеспечить прозрачную схему доступа ко всем лекарственным препаратам, возможно применение формата «одного окна», ужесточить контроль за планированием субъектовых бюджетов с учетом регистров пациентов. |
|  | Московская область | Домников Анатолий Иванович | | | Руководитель Московской областной организации профсоюза работников здравоохранения РФ Эксперт ОНФ | | **Статья 132**  1. Органы местного самоуправления самостоятельно управляют муниципальной собственностью, формируют, утверждают и исполняют местный бюджет, вводят местные налоги и сборы, *решают* *иные вопросы местного значения, а также в соответствии с федеральным законом обеспечивают в пределах своей компетенции доступность медицинской помощи.*  2. Органы местного самоуправления могут наделяться *федеральным законом, законом субъекта Российской Федерации* отдельными государственными полномочиями *при условии передачи им* необходимых для осуществления *таких полномочий* материальных и финансовых средств. Реализация переданных полномочий подконтрольна государству.  Предлагаем законодательно вменить в обязанность органов местного самоуправления обеспечение медицинских работников жильем при условии гарантированного выделения для этих целей финансовых средств за счет субъектов РФ. Это позволит решить проблему дефицита кадров из числа медицинских работников. |
|  | Московская область | Домников Анатолий Иванович | | | Руководитель Московской областной организации профсоюза работников здравоохранения РФ Эксперт ОНФ | | ***Статья 75***   * + - 1. *В Российской Федерации формируется система пенсионного обеспечения граждан на основе принципов всеобщности, справедливости и солидарности поколений и поддерживается ее эффективное функционирование, а также осуществляется индексация пенсий не реже одного раза в год в порядке, установленном федеральным* [законом](https://login.consultant.ru/link/?rnd=307FAF0BE77959253A9FF9901D7F51C6&req=doc&base=LAW&n=334536&dst=100196&fld=134&REFFIELD=134&REFDST=36&REFDOC=2875&REFBASE=LAW&stat=refcode%3D16610%3Bdstident%3D100196%3Bindex%3D504&date=29.07.2020)*.*   Предлагаем законодательно закрепить право на индексацию пенсий для всех пенсионеров, независимо от оснований назначения им пенсий, источников финансирования пенсий (ПФ РФ - для пенсий по старости, инвалидности, потере кормильца; бюджет РФ - для государственных пенсий, включая пенсии для военных пенсионеров), а также в не зависимости продолжает ли пенсионер свою трудовую деятельность. Это позволит в полной мере реализовать новый конституционный принцип индексирования пенсий и избежать дискриминации в пенсионном обеспечении граждан. |
|  | Орловская область | Бобраков Константин Евгеньевич | | | Кандидат медицинских наук.  Советник при ректорате по медицинской научно-образовательной деятельности ФГБОУ ВО «ОГУ имени И.С. Тургенева».  Эксперт РО | | 1. Проанализировать необходимость содержания в федеральном законодательстве в сфере здравоохранения статей, которые оставляю преимущество международного права над федеральным законодательством РФ. Пример: Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 08.06.2020) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" - Статья 3. Законодательство в сфере охраны здоровья - 5. В случае если международным договором Российской Федерации установлены иные правила, чем предусмотренные настоящим Федеральным законом правила в сфере охраны здоровья, применяются правила международного договора. 2. Собрать все нормы федерального законодательства в сфере здравоохранения в один НПА – «**Кодекс здравоохранения в РФ**». 3. Полностью пересмотреть парадигму лекарственного обеспечения граждан РФ, приняв за основу концепцию – «**Сначала лекарственное обеспечение гражданина, все процедурные вопросы потом**». Не должно быть разделения на категории льготников. **Лекарственное обеспечение** в процессе оказания **первичной медико-санитарной помощи** как страховой случай, по поводу которого в медицинскую организацию обращается застрахованный, должно осуществляться по такому же принципу, как и при оказании специализированной (в том числе высокотехнологичной) и скорой (в том числе специализированной) помощи – **БЕСПЛАТНО, за счёт средств ОМС.** 4. Возможная альтернатива п.3 – внедрение страхового принципа в лекарственное обеспечение гражданина - «**лекарственное страхование**». 5. Сформировать и реализовать в субъектах с федеральным финансированием программы, в рамках которых будут открыты (где этого ещё нет) бюджетные медицинские организации – «**Хосписы**». Не менее одного хосписа (со всеми необходимыми отделениями, с реализацией межведомственного с социально службой взаимодействия, с мощностью стационарного отделения не менее 30 коек) на 300 тыс. человек населения. 6. Продолжить после 2020 года государственные **программы развития отрасли здравоохранения в субъектах РФ**, с учётом реализуемых национальных проектов в сфере здравоохранения. Уделить в подпрограммах государственных программ внимание вопросам «Охраны психического здоровья граждан»; существенно расширить компенсационные и стимулирующие меры по привлечению и удержанию кадровых ресурсов в государственной сфере здравоохранения субъектов (особенно на селе); реабилитации у детей и взрослых; доступности лекарственного обеспечения; повышения производительности труда в сфере здравоохранения за счёт цифровизации отрасли; рассмотреть проект внедрение в работу системы здравоохранения новой рабочей единицы - «**ассистент врача**». Наконец, создать региональные системы (службы) по предупреждению и борьбе с распространением инфекционный заболеваний. 7. Принять окончательные правовые решения по вопросам формирования статуса **межтерриториальных центров** на базе центральных клиник регионов (не федеральные центры и клиники ФМБА), где оказывается специализированная (в том числе высокотехнологичной) помощь объективно доступнее и качественнее. Чтобы этой помощью могли беспрепятственно пользоваться застрахованные граждане. Конечно, с учётом межтерриториальных расчётов по линии ОМС и соответствующих договоров между территориальными ФОМС, региональными органными здравоохранения и медицинскими организациями соседних субъектов. 8. Решить вопрос о расширении практики дистанционного консультирования и лечения (после необходимых изменений в законодательстве) «ВРАЧ-ПАЦИЕНТ». Это существенным положительным образом повлияет на **доступность специализированной** помощи в первичном звене. Конечно, для случаев, где это клинически возможно и оправдано. 9. Низкая доступность специализированной медицинской помощи. Недостаточная доступность специализированной медицинской помощи, которая имеет основу в дефиците врачей в первичном звене, сложные и дорогой путь в получении специальности и слабые перспективы в последующем трудоустройстве. Решение - Решение задач в оказании ПМСП, установление работающей системы связи ПМСП и специализированной помощи находится увеличении количества **врачей общей практики** (семейный врач). **Существенное увеличение бюджетных мест в ординатуре**. 10. Расширить работу, полномочия и ответственность страховых представителей страховых медицинских организаций, которые реально должны стоять на страже интересов застрахованных лиц, помогая в решением всех вопросов при оказании медицинской помощи в рамках страхового случая, в том числе и в вопросах лекарственного обеспечения. Расширить контрольную функцию ТФОМС с этом вопросе за деятельностью страховых медицинских организаций.   Для повышения устойчивости решений при реализации изменений в региональном здравоохранении необходимо создание в субъектах экспертно-консультативного органа по вопросам здравоохранения при Губернаторе (Правительстве региона). В этот коллективный экспертный орган, в состав которого войдут главные внештатные специалисты, лидеры профессионального и научного мнения в сфере здравоохранения. С ними активно смогут работать главные внештатные специалисты Минздрава РФ, других субъектов. Специалисты смогут предлагать и разрабатывать готовые профессиональные коллективные решения по управленческим вопросам в здравоохранении субъектов РФ. Будут реально помогать органу исполнительной власти специальной компетенции в сфере здравоохранения в субъекте. Это необходимо для повышения управляемости и вертикализации в сфере здравоохранения, ускорения установления единых правовых основ системы здравоохранения. |
|  | Рязанская область | Шишков Александр Викторович | | | Заведующий Центром медицинской помощи и реабилитации детей и подростков с наркологическими проблемами Рязанского областного наркологического диспансера, Член РШ | | Законодательная проработка организации обучения медицинских специалистов на контрактной основе, которая подразумевала бы под собой возврат специалистов, прошедших обучение в муниципалитеты и медицинские учреждения, выдавшие направления  Законодательная проработка вопросов обеспечения первичного звена здравоохранения узкими специалистами |
|  | Смоленская область | Юлия Соболева | | | начальник отдела по информационному обеспечению и взаимодействию со СМИ, общественностью, органами государственной власти и местного самоуправления управления делами Администрации МО «Дорогобужский район» Смоленской области | | В соответствии со ст. 17 Федеральным законом от 06.10.2003 № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» органы местного самоуправления обеспечивают в пределах своей компетенции доступность медицинской помощи.  В муниципальном образовании «Дорогобужский район» Смоленской области разработана и утверждена постановлением Администрации муниципального образования «Дорогобужский район» Смоленской области от 28.07.2020 № 531 районная программа «Укрепление общественного здоровья на территории муниципального образования «Дорогобужский район» Смоленской области» на 2021- 2024 годы. Целью районной программы является улучшение здоровья населения, качества жизни граждан, формирование культуры общественного здоровья, ответственного отношения к здоровью. Ожидаемые результаты реализации районной программы: - формирование системы мотивации граждан к ведению здорового образа жизни, включая культуру питания и отказ от вредных привычек; - вовлечение граждан в мероприятия по укреплению общественного здоровья; - разработка и внедрение корпоративных программ укрепления здоровья.  В целях оказания помощи в кадровом обеспечении Администрация муниципального образования «Дорогобужский район» Смоленской области поддерживает медицинских работников, предоставляя им квартиры по договору найма служебного помещения на период их работы в ОГБУЗ «Дорогобужская ЦРБ». За период с 2016 года по настоящее время было заключено 6 договоров найма служебного жилого помещения с медицинскими работниками ОГБУЗ «Дорогобужская ЦРБ».  В настоящее время здания поликлиник, стационаров и ФАПов ОГБУЗ «Дорогобужской ЦРБ», находящийся на территории МО «Дорогобужский район» требуют ремонта, в том числе и капитального.  Передачу полномочий в сфере здравоохранения на муниципальный уровень считаем нецелесообразным, так как это потребует больших финансовых вложений. Бюджет муниципального района является дотационным и возможности содержать учреждение здравоохранения, в том числе осуществлять ремонт помещений, оплату коммунальных услуг, а также поддерживать высокий уровень медицинского обслуживания населения у муниципального района нет. В настоящее время недостаточно собственных финансовых ресурсов даже на решение вопросов местного значения. |
|  | Смоленская область | Аксенова  Наталья Леонидовна | | | Заместитель главного врача Федерального государственного учреждения  Минздрава РФ «Центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования» (Смоленск)  Член Центральной ревизионной комиссии ОНФ, эксперт площадки «Здравоохранение» | | **ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» №323 ФЗ от 21 ноября 2011 года**  Статья 76. Клинические рекомендации разрабатываются и утверждаются профессиональными медицинскими организациями.  **Постановление Правительства РФ**  Профессиональной некоммерческой организации, соответствующей ст. 76 ФЗ № 323-ФЗ передаются полномочия по аккредитации, аттестации.  **Минздраву РФ**  в соответствии с Постановлением Правительства о передаче полномочий по аккредитации, аттестации профессиональной некоммерческой организации соответствующей ст.76 ФЗ 323Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»,предусмотреть финансовое обеспечение переданных полномочий. |
|  | Смоленская область | Зеленский  Андрей Анатольевич | | | Главный врач ОГБУЗ «Смоленская ЦРБ»  Эксперт ОНФ | | **Федеральный Закон 326 Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»**  внести поправки:  1.Упразднить страховые медицинские организации, с целью эффективного расходования финансовых средств.  2.Подушевой норматив не должен быть различным в пределах одного субъекта РФ. |
|  | Смоленская область | Яров  Николай Васильевич | | | Член РШ ОНФ, модератор ТП «Здравоохранение» | | **Трудовое законодательство**  1.Закрепить прямую связь между МРОТ и минимальным базовым окладом в медицинских организациях. |
|  | Смоленская область | Сафонова  Марина Викторовна | | | Врач, Перинатальный центр  Член медицинской палаты Смоленской области,  Член РРК, модератор ТП «Здравоохранение» | | **1.** **Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ (ред. от 24.04.2020) "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации"**  • Устранить страховые компании. Их функция только переводить деньги ФОМС. Другие функции они не выполняют. Наделить ФОМС полномочиями страховой организации, расширить их возможности по контролю за оказанием медицинской помощи населению, контролю за закупками медицинских организаций, распределению и использованию бюджета и фонда заработной платы.  • Тарифы ФОМС должны быть одинаковы во всех регионах или сопоставимы, чтобы при обращении граждан за помощью в другие регионы или федеральные центры.  • Необходимо разработать критерии обращения за медицинской помощью в другие регионы. Обращение в другие регионы и федеральные центры должно быть обосновано отсутствием таковой помощи в регионе проживания пациента.   1. **Федеральный закон "О государственной социальной помощи" от 17.07.1999 N 178-ФЗ**  * Увеличить стоимость одного рецепта для граждан, которые относятся к льготной категории. Стоимость лекарственных препаратов, отпускаемых по льготному рецепту может составлять несколько сотен тысяч рублей в месяц. В то время как стоимость одного рецепта составляет около 900 рублей. Перечисления в регионы из расчета 900 рублей на льготника не покрывает расходов на их обеспечение. При этом регионы во избежание жалоб вынуждены обеспечивать дорогостоящими препаратами инвалидов, имеющих право на федеральное обеспечение из регионального бюджета. * Необходимо урегулировать вопрос между правами граждан по инвалидности и по заболеванию на получение бесплатного лекарственного обеспечения. Так инвалид, который отказался от бесплатного обеспечения лекарственными препаратами, получает льготу в виде монетизации. Но при этом он имеет возможность по своему заболеванию получить бесплатно препараты за счет средств регионального бюджета. Соответственно пользуется одновременно двумя льготами.  1. [**Федеральный закон от 05.04.2013 N 44-ФЗ (ред. от 08.06.2020) "О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд" (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.07.2020)**](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_144624/)   **Постановление Правительства РФ от 30 ноября 2015 г. N 1289 "Об ограничениях и условиях допуска, происходящих из иностранных государств лекарственных препаратов, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, для целей осуществления закупок для обеспечения**  **государственных и муниципальных нужд"**  Правило «третий лишний» всегда устраняет участника закупки, в случае, если в торгах принимали участие не менее 2-х компаний с товаром, имеющим происхождение Евразийского Союза. Таким образом, возможность победить с товаром иностранного происхождения исключается. Кроме того, это создает возможности для картельного сговора участников закупки.   1. [**приказ Минфина №126н**](https://pharmvestnik.ru/documents/ot-4-iunya-2018-g-N-126n.html) **от 04.06.2018 г. «Об условиях допуска товаров, происходящих из иностранного государства или группы иностранных государств, для целей осуществления закупок товаров для обеспечения государственных и муниципальных нужд».**  * 15 % преференции получают участники закупки с товаром происходящим из стран Евразийского союза. Следовательно, участники закупки, которые принимают участие в закупке с товаром иностранного происхождения практически во всех случаев торгов проигрывают по цене. Это можно расценивать как ограничение конкуренции для компаний, которые являются производителями иностранного товара и его продавцами. А граждане РФ не имеют возможности для терапии использовать препараты иностранных компаний. Очень ограниченно могут быть закупки по торговому наименованию (единичные случаи). * При формировании НМЦК не должно быть цены менее зарегистрированной цены ЖВ с НДС. Ценообразование ныне применяемыми способами приводит к значительной разнице между ценой ЖВ с НДС и ценой, по которой заказчик формирует аукционную документацию. Это приводит к тому, что в торги не подается ни одной заявки и это затрудняет обеспечение лекарственными препаратами пациентов.  1. **Постановление Правительства РФ от 26 ноября 2018 г. N 1416 "О порядке организации обеспечения лекарственными препаратами лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, гемолитико-уремическим синдромом, юношеским артритом с системным началом, мукополисахаридозом I, II и VI типов, лиц после трансплантации органов и (или) тканей, а также о признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации"**  * Препараты для лечения редких заболеваний с дорогостоящей терапией должны закупаться в рамках программы 12 нозологий за счет средств федерального бюджета сразу после регистрации на территории РФ и назначения их пациентам для терапии. В настоящее время необходимо ожидать включения нового препарата в перечень 12 нозологий год и более. А закупка производится за счет средств регионального бюджета. Такая же ситуация с терапией дорогостоящими препаратами в стационарах. В клинические рекомендации и терапию включаются раньше, чем входят в оплату по КСГ. Лечение такими препаратами становится убыточным для стационара, а отказать больному в лечении нельзя.  1. **Пенсионная реформа для медиков (по выслуге лет**)   Пенсионная реформа с 2019 года коснулась и медицинских работников — для них новый закон [№ 350-ФЗ от 03.10.2018 г.](http://pensiya.molodaja-semja.ru/wp-content/uploads/2018/10/zakon-o-povyshenii-pensionnogo-vozrasta-ot-03-10-2018-350-fz.pdf) предусматривает введение периода отсрочки для получения льготной пенсии по выслуге лет.  Внести в список для получения пенсии по выслуге лет врачам неонатологам |
|  | Смоленская область | Овсянкин  Анатолий Васильевич | | | Главный врач ФГУ  Минздрава РФ «Центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования» (Смоленск)  Член Правления Смоленской региональной общественной организации «Врачебная палата», эксперт площадки «Здравоохранение». | | **Федеральный закон№ 131 от 06.10.2003** «**Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации".**  Глава 3. Статья 14.  Пункт 6 дополнить – внеочередное обеспечение благоустроенным по современным требованиям жильем медицинских работников, работающих в лечебных учреждениях муниципального образования, а также предоставление мест в детских дошкольных учреждениях детям медицинских работников. |
|  | Смоленская область | Власенков  Александр Николаевич | | | Проектор, ЧУ ДПО «Институт последипломного медицинского образования».  Член Правления Смоленской региональной общественной организации «Врачебная палата», заместитель председателя ревизионной комиссии РО ОНФ | | **Постановление Правительства**  Гарантировать медицинским работникам, работающим в сельской местности, предоставление льгот на коммунальные услуги, бесплатный проезд на муниципальном транспорте.  Гарантировать медицинским работникам, при поступлении на работу на селе предоставление жилого помещения, с последующей передачей в собственность, при условии отработки в данном медучреждении не менее 5 лет. |
|  | Смоленская область | Ануфриенкова Валентина Ивановна | | | Председатель  Смоленской областной организации Профессионального союза работников здравоохранения РФ | | **Предусмотреть в бюджете муниципальных образований:**  1.1 расходы на приобретение жилья специалистам здравоохранения, работающим на территории муниципального образования;  1.2 расходы на благоустройство территорий медицинских организаций;  2. Обеспечить транспортное регулярное сообщение между населенными пунктами и медицинскими организациями, находящимися на территории муниципального образования. |
|  | Смоленская область | 1. Морозова Наталья Викторовна 2. Козлова Людмила Вячеславовна 3. Матюшова Елена Ивановна 4. Смашнёв Руслан Владимирович | | | 1. Начальник отдела качества ФГУ Минздрава РФ «Центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования» 2. Д.м.н., Заслуженный деятель науки, Врач ОГБУЗ «Смоленская областная детская клиническая больница», модератор ТП «Здравоохранение» 3. Зам. Председателя Совета по юридическим вопросам – Исполнительный секретарь Совета муниципальных образований Смоленской области 4. Начальник Департамента Смоленской области по внутренней политике. | | **Конкретизировать ст15, п.12 ФЗ от 6 октября 2003 года №131«Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации".**  1) создать единую систему государственного здравоохранения (подчинение Минздраву всех структур и ведомств, отвечающих за здоровье населения, региональных органов управления здравоохранения) и перевести ее на бюджетную модель финансирования;  2) установить во всех субъектах Российской Федерации единый подушевой норматив объема медицинской помощи;  3) создать единую государственную систему лекарственного обеспечения, так как государственное покрытие затрат на жизненно необходимые лекарства будет способствовать улучшению показателей эффективности системы медицинской помощи;  4) оснащать за счет средств федерального бюджета и развивать первичную медицинскую помощь, в том числе оказание помощи населению в отдаленных территориях посредством санавиации. |
|  | Тамбовская область | Федотова Светлана Ивановна | | | Председатель Тамбовской областной организации профсоюза работников здравоохранения РФ, эксперт РО | | На рассмотрении в Государственной Думе находится законопроект № 973252-7 «О внесении изменений в статью 144 Трудового кодекса Российской Федерации в части установления требований к отраслевым системам оплаты труда работников государственных и муниципальных учреждений». Законопроект разработан по поручению Президента РФ и настоянию Профсоюза работников здравоохранения РФ. Он предусматривает внесение дополнения в статью 144 Трудового кодекса РФ, на основании которого Правительству РФ будет предоставлено право утверждать требования к системам оплаты труда работников государственных и муниципальных учреждений, «включая установление (дифференциацию) окладов (должностных окладов), ставок заработной платы, применяемых перечней и условий назначения выплат компенсационного и стимулирующего характера». На сегодняшний день системы оплаты труда совершенно разрознены и по отраслям, и по регионам, и даже по отдельным учреждениям на одной территории. В результате люди получают совершенно разные деньги за одну и ту же работу. Еще в 2019 году одним из предложений профсоюзов было установление в разных субъектах Российской Федерации одинаковых размеров базовых ставок заработной платы, базовых окладов (базовых должностных окладов) для работников бюджетной сферы одного квалификационной уровня ПКГ, выполняющих одинаковую трудовую функцию с целью добиться справедливой оплаты труда для всех работников в государственных и муниципальных учреждениях. Считаю, что решение данного вопроса поможет обеспечению оказания доступной и качественной медицинской помощи. |
|  | Тамбовская область | Константинов Дмитрий Эдуардович | | | Врач стоматолог-терапевт, Член РШ | | 1. Считаю, кадровый дефицит тормозит развитие медицины в сёлах и малых городах. Необходимо обратить внимание на поддержку специалистов, которые готовые переехать и которые уже там работают. Врачу. Готовому работать в сельской местности необходимо от государства гарантировать льготы по оплате ЖКХ, социальный пакет, беспроцентные кредиты, оплачивать посещение научных конференций раз в год, решить проблему жилья и транспорта, инфраструктуры и досуга. Врач на селе должен не хуже, а порой лучше жить, чем его коллега в городе.  2. Предложение по улучшения работы стоматологической помощи.  Сокращение врачебных должностей и специальностей в первичном звене. Стоматология.  На данный момент существует ряд стоматологических специальностей:  стоматолог-терапевт,  стоматолог-ортопед,  стоматолог-детский,  стоматолог-хирург,  ортодонт  челюстно-лицевой хирург.  Предлагаю объединить специальности и оставить три: стоматолог, ортодонт и челюстно-лицевой хирург.  Полностью отказываться от деления специальностей не стоит. Врачи смогут добровольно проходить ординатуру по выбранному профилю. Но это деление будет действовать уже в более крупных центрах, а в ЦРБ достаточно просто «стоматолога», который может вести любой прием. Так же считаю необходимым ввести льготное поступление в медицинские вузы выпускников медицинских колледжей, независимо от полученных специальностей. Выдавать целевое направление в мед. вузы, с обязательством отработки трёх лет в первичном звене. |
|  | Тверская область | Алышев Игорь Вячеславович | | | Врач-методист ГБУЗ «КЦРКБ»  Член Общественной Палаты Тверской области  Член общественного Совета при Министерстве здравоохранения Тверской области  Активист ОНФ | | 1. Внесения изменений в региональные законы о льготных категориях граждан, дополнив их медицинскими работниками. Данное изменение позволит принимать детей медицинских работников в дошкольные учреждения, школы вне очереди. Предоставление жилья социального найма, земельных участков на льготной основе.  2. Более активное использование программы  «Земский врач» и «Земский фельдшер».  3. Упрощение процедуры предоставления гражданства  специалистам медицинского профиля из других стран, при условии их работы в наиболее проблемных регионах.  4. Введение распределения в ВУЗах.  5. Осуществление целевого набора среднего медицинского персонала.  6. Организация работы по анализу материально-технического обеспечения рабочих мест приступающих к работе целевиков, анализ обеспечения их жилыми помещениями.  7. Предоставление кредитных средств на льготной основе специалистам, трудоустроенным (для закрепления) и пожелавшим работать в сельской местности (привлечение новых специалистов).  8. Введение персональной ответственности главных врачей медицинских организаций и региональных Министерств (Департаментов) здравоохранения за увольнение или не трудоустройство медицинского персонала после целевого обучения, связанного с неисполнением медицинской организацией условий договора о целевом обучении, не созданием условий по материально-техническому обеспечению рабочих мест специалистов.  9. Назначение руководителями региональных Министерств (Департаментов) здравоохранения Министерством здравоохранения Российской Федерации без согласования с высшими исполнительными органами государственной власти в регионах.  10. Внесение изменений в нормативно-правовые акты по вопросу возможности осуществления безвозмездной помощи и софинансирования муниципальными образованиями расходов медицинских организаций, расположенных на их территории и обслуживающих преимущественно жителей муниципального образования за исключением медицинских организаций 3 уровня.  11. Введение доплат медицинским работникам за счет средств органов местного самоуправления.  12. Установить возможность уголовного наказания для руководителей Министерств (Департаментов) и главных врачей медицинских организаций за неисполнение Указов Президента Российской Федерации в части доведения доли оклада медицинских работников до 55-60% от заработной платы («дорожной карты»).  13. Ввести ответственность медицинских работников, обучившихся по договору о целевом обучении и не исполнившим обязательства по договору о целевом обучении в части лишения их возможности участия в федеральных и региональных программах для медицинских работниках и запрете им прохождения дальнейшего профессионального обучения по медицинским специальностям. |
|  | Ярославская область | Комарова Ирина Ивановна | | | Главный врач ГУЗ ЯО "Детская поликлиника № 3",  Сопредседатель РШ  Председатель совета "Ассоциации медицинских работников" Ярославской области | | **1.** Одной из целей национального проекта "Здоровье" является "Охват всех граждан медицинскими осмотрами не реже 1 раза в год". Нет сомнения, что профилактика заболеваний является важнейшим элементом системы охраны здоровья. Однако, такое количество пациентов и при таком объеме обследований не в состоянии выполнить даже крупные ЛПУ, не говоря уже о сельской местности и малых городах РФ.  Для улучшения доступности предлагаю: сократить количество пациентов, подлежащих профилактическим осмотрам, в полном объеме необходимо обследовать граждан РФ только в декретированные возраста.  **2.** С начала функционирования Центров здоровья, их эффективность и целесообразность внедрения вызывала сомнение у практических врачей по причине того, что они дублируют функцию врачей первичного звена, забирая на себя часть ресурсов здравоохранения, обладая при этом более низкой результативностью.  Предлагаю: дооснастить автотранспортом, оборудованием, ввести дополнительные ставки врачей-специалистов в центры здоровья (этим мы частично решим проблему трудоустройства выпускников поле ординатуры). Использовать эти "модернизированные" центры здоровья для выездной формы профилактических осмотров особенно в сельской местности.  **3.** Для улучшения качества медицинской помощи необходимо современное оборудование. Его можно приобрести из средств НСЗ. Но в Постановлении Правительства РФ № 332 от 21.04.2016 "Об утверждении правил использования..." в пункте 6 подпункте а) написано: наличие у медицинской организации потребности в приобретаемом медицинском оборудовании, предусмотренном утвержденными Министерством здравоохранения РФ **порядками** оказания медицинской помощи.  Предлагаю: подпункт а) дополнить словом **порядками и положениями.**  Пример: в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 07.03.2018 № 92н нельзя приобрести оборудование из средств НСЗ.  **4.** Сократить базовую часть программы ординатуры для врачей дефицитных специальностей в амбулаторном звене. Это поможет решить кадровую проблему в первичном звене.  **5.** Целесообразно ввести обязательное распределение выпускников медицинских высших и средних специальных учебных заведений, обучающихся на бюджетной основе. |
|  | Москва | ЛЫСЕНКО Александр Евгеньевич | | | Генеральный директор АНО «Национальный центр проблем инвалидности», эксперт РШ ОНФ в городе Москве | | Внести дополнения в Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2015, № 10, ст. 1425; 2017, № 31, ст. 4791; 2018, № 53, ст. 8415) следующего содержания:  *Порядок обеспечения условий доступности для инвалидов объектов инфраструктуры здравоохранения всех форм собственности с целью предоставления им медицинских услуг и необходимой медицинской помощи устанавливается федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики в сфере здравоохранения, по согласованию с федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики в сфере социальной защиты населения.*  Обоснование:  Многочисленные мониторинги и социологические опросы, проведённые в течение последних лет ОНФ и Всероссийским обществом инвалидов, свидетельствуют о том, что объекты здравоохранения, с одной стороны, являются наиболее востребованными для посещения со стороны инвалидов, а, с другой стороны, наименее доступными. Между тем, законодательное регулирование в данной сфере жизнедеятельности инвалидов весьма несовершенно, что приводит к многочисленным фактам дискриминации по признаку инвалидности, признанной законодательством Российской Федерации недопустимой. Правовые механизмы федеральных законов от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», от 1 декабря 2014 г. № 419-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов» ***не устанавливают*** обязательных требований к предоставлению медицинских услуг и медицинской помощи на объектах здравоохранения с учётом особых потребностей инвалидов, обусловленных имеющимися у них ограничениями жизнедеятельности.  Новые конституционные нормы, изложенные в статьях 71, ч. 1 ст. 72, ч. 1 ст. 114, ст. 132, устанавливают ***требования*** к единым правовым основам системы здравоохранения, к обеспечению оказания доступной и качественной медицинской помощи (которой не может быть без обеспечения условий доступности для инвалидов), проведению социально ориентированной политики в области здравоохранения (исключающей дискриминацию по признаку инвалидности), к органам местного самоуправления, которые в соответствии с федеральным законом обеспечивают в пределах своей компетенции доступность медицинской помощи.  Внесение указанных выше дополнений в Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» потребует корректировки приказа Минздрава России от 12 ноября 2015 года № 802н «Об утверждении Порядка обеспечения условий доступности для инвалидов объектов инфраструктуры государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения и предоставляемых услуг в сфере охраны здоровья, а также оказания им при этом необходимой помощи» |
|  | Москва | КАРПОВ  Олег Эдуардович | | | Генеральный директор Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медико-хирургический Центр имени Н.И.Пирогова», член РШ ОНФ в городе Москве | | ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН  О внесении изменений в Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации"  Статья 1  Внести в Федеральный закон от 29 ноября 2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" ("Собрание законодательства РФ", 06.12.2010, N 49, ст. 6422), следующие изменения:   1. Изложить п.1) ст.3 в следующей редакции:   «1) обязательное медицинское страхование - вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в пределах территориальной **или экстерриториальной** программы обязательного медицинского страхования и в установленных настоящим Федеральным законом случаях в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования;»   1. Дополнить ст.3 пунктом 10) следующего содержания:   «**10) экстерриториальная программа обязательного медицинского страхования - составная часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи на всей территории Российской Федерации и соответствующая единым требованиям базовой программы обязательного медицинского страхования**.»   1. Изложить п.1) ст.4 в следующей редакции:   «1) обеспечение за счет средств обязательного медицинского страхования гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках территориальной **или экстерриториальной** программы обязательного медицинского страхования и [базовой программы](consultantplus://offline/ref=480ED4853DF653F82C91CE9A6E645EBF17C6A5C3AA71EAE142A25F23CA4DE0AF3F88F9A9BC775AC5EA5B825229D4E0893DF8F2D14A0842C1HA25N) обязательного медицинского страхования (далее также - программы обязательного медицинского страхования);   1. Изложить п.5) ст.5 в следующей редакции:   «5) утверждение базовой программы обязательного медицинского страхования и единых требований к территориальным программам **и экстерриториальной** **программе** обязательного медицинского страхования;»   1. Дополнить ст.15 п.2.2. следующего содержания:   **«2.2. Медицинские организации федерального подчинения включаются в реестр медицинских организаций на основании** [**уведомления**](consultantplus://offline/ref=DAF9A908BC93DDBAFDF483216E4425EE6C4990A0CC515D2E65D35AD8A77798752153F69AEE42C9E98954A47B6CDEAAE09CA9D08B2FEC6F03w2VBM)**, направляемого им в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования до 1 сентября года, предшествующего году, в котором оно намерено осуществлять деятельность в сфере обязательного медицинского страхования и осуществляет свою деятельность по экстерриториальным программам обязательного медицинского страхования»**   1. Изложить п.3 ст.15 в следующей редакции:   «3. Реестр медицинских организаций содержит наименования, адреса медицинских организаций и перечень услуг, оказываемых данными медицинскими организациями в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования. [Порядок](consultantplus://offline/ref=DAF9A908BC93DDBAFDF483216E4425EE6D4D92ACC8585D2E65D35AD8A77798752153F69AEE42CFED8D54A47B6CDEAAE09CA9D08B2FEC6F03w2VBM) ведения, [форма](consultantplus://offline/ref=DAF9A908BC93DDBAFDF483216E4425EE6D4D92ACC8585D2E65D35AD8A77798752153F69AEE43C8EB8D54A47B6CDEAAE09CA9D08B2FEC6F03w2VBM) и [перечень](consultantplus://offline/ref=DAF9A908BC93DDBAFDF483216E4425EE6D4D92ACC8585D2E65D35AD8A77798752153F69AEE42CFED8154A47B6CDEAAE09CA9D08B2FEC6F03w2VBM) сведений реестра медицинских организаций устанавливаются правилами обязательного медицинского страхования. Реестр медицинских организаций ведется территориальным фондом, **а в отношении медицинских организаций федерального подчинения Федеральным фондом обязательного медицинского страхования**, размещается в обязательном порядке на их официальных сайтах в сети "Интернет" и может дополнительно опубликовываться иными способами.»   1. Изложить п.4 ст.15 в следующей редакции:   «4. Медицинские организации, включенные в реестр медицинских организаций, не имеют права в течение года, в котором они осуществляют деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, выйти из числа медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, за исключением случаев ликвидации медицинской организации, утраты права на осуществление медицинской деятельности, банкротства или иных предусмотренных законодательством Российской Федерации случаев. Медицинская организация, включенная в реестр медицинских организаций, направившая в территориальный **или Федеральный** фонд уведомление об исключении из реестра медицинских организаций до заключения договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, исключается территориальным **или Федеральным** фондом из реестра медицинских организаций на следующий рабочий день после дня получения территориальным или Федеральным фондом указанного уведомления.»   1. Изложить п.5 ст.15 в следующей редакции:   «5. Медицинская организация осуществляет свою деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на основании [договора](consultantplus://offline/ref=DAF9A908BC93DDBAFDF483216E4425EE6D4D93AACA525D2E65D35AD8A77798752153F69AEE42C8E38054A47B6CDEAAE09CA9D08B2FEC6F03w2VBM) на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и не вправе отказать застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной **или экстерриториальной** программой обязательного медицинского страхования.»   1. Изложить п.2 ч.1 ст.20 в следующей редакции:   «2) обжаловать заключения страховой медицинской организации и территориального **или Федерального** фонда по оценке объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии со [статьей 42](consultantplus://offline/ref=C0E6C6914CC19A51B60A15C79727D8B2353FD4F27B5445123A42E76745D43BB5A849FFDF3093299BC440A775DE0FA68966A24BB69FB8FCE1V4EEO) настоящего Федерального закона.»   1. Изложить п.3 ч.2 ст.20 в следующей редакции:   «3) предоставлять страховым медицинским организациям, территориальному **или Федеральному** фонду сведения о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи, необходимые для проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;»   1. Изложить п.7 ч.2 ст.20 в следующей редакции:   «7) предоставлять застрахованным лицам, страховым медицинским организациям, территориальному **или Федеральному** фонду сведения о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи, а также показателях доступности и качества медицинской помощи, перечень которых устанавливается в территориальной программе обязательного медицинского страхования»   1. Дополнить ч.2 ст.26 пунктом 4) следующего содержания:   **«4) выполнения экстерриториальных программ обязательного медицинского страхования;»**   1. Изложить п.10) ч.8 ст. 33 в следующей редакции:   «10) ведет **реестр медицинских организаций федерального подчинения, а также** единый [реестр](consultantplus://offline/ref=DEBC799D249D06436D9FE33B2888D4F477518C2DB4129EE9CAF0EF3D856441ABF8AA836485EB642FD796BACF105E5AFC971FDEF76E2967A9vBN8O) медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования»   1. Дополнить ч.8 ст.33 пунктом 21) следующего содержания:   **«21) аккумулирует средства обязательного медицинского страхования и управляет ими, осуществляет финансовое обеспечение реализации экстерриториальных программ обязательного медицинского страхования;»** |
|  | Республика Карелия | Аксентьева Елена Ивановна | | | Главный врач ГБУЗ «Городская детская больница», член РШ ОНФ в Республике Карелия | | **Федеральный закон от 21.11.2011 года № 323 – ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации**», статья 27, пункт 1 – детализировать более подробно, каким образом граждане должны заботиться о сохранении своего здоровья (диспансеризация, профилактические осмотры, вакцинация и т.д.)  **Пункт 1 ст.27** изложить в следующей редакции – граждане обязаны заботиться о сохранении своего здоровья путем регулярного прохождения в установленные возрастные периоды профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, участия в вакцинации против управляемых инфекций, а также обязаны проходить необходимое обследование и лечение, заниматься профилактикой неинфекционных заболеваний, вести здоровый образ жизни. |
|  | Республика Карелия | Общественная палата Республики Карелия  по вопросам здравоохранения, формирования здорового образа жизни, охраны окружающей среды  и демографии  Крылусова Светлана Анатольевна | | | Менеджер государственного бюджетного учреждения здравоохранения Республики Карелия «Городская детская больница», помощник председателя Комиссии Общественной палаты Республики Карелия по вопросам здравоохранения, формирования здорового образа жизни, охраны окружающей среды и демографии | | **Доступность медицинской помощи**:  Внести поправки в «**Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 08.06.2020) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»:**   * С учетом низкой плотности населения в   (на основании [Федеральный закон от 08.11.2007 N 257-ФЗ (ред. от 01.03.2020) "Об автомобильных дорогах и о дорожной деятельности в Российской Федерации и о внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации"](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_72386/));   * Каждый фельшерско-акушерский пункт и врачебная   амбулатория должны быть обеспечены квалифицированными медицинскими кадрами и современным медицинским оборудованием. С этой целью предлагаем обязать субъекты Российской Федерации для обеспечения кадрами в отдельных населенных пунктах предусмотреть дополнительную финансовую поддержку специалистам, помимо мер финансовых поддержек, предусмотренных Государственными программами «Земский доктор» и «Земский фельдшер» (на приобретение земельных участков, строительство дома) без налоговых вычетов;   * Внести в обязанность каждого муниципального   образования ответственность за оказание медицинской помощи населению ( в соответствии с Федеральным законом от 06.10.2003 N131-ФЗ (ред. от 23.05.2020) "Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации") усилить контроль со стороны органов исполнительной власти, а также общественных палат региональных региональных и муниципальных образований.  **Укрепление общественного здоровья - ч.1 ст.72:**   * С целью ведения здорового образа жизни в населенных   пунктах от 1000 человек предусмотреть строительство физкультурно-оздоровительных центров, спортивных комплексов и активизировать работу образовательных организаций и социально-ориентированных некоммерческих организаций (добровольцы/волонтеры) по формированию у населения принципов здорового образа жизни;   * Активизировать работу средств массовой информации по   пропаганде здорового образа жизни.  **К статье 71:**  Осуществление контроля за качеством и содержанием учебных программ образовательных организаций, оказывающих дистанционное обучение медицинских работников. |
|  | Республика Карелия | Леписева  Инга Владимировна | | | Главный врач  ГБУЗ РК «Детская республиканская больница», председатель Общественной организации «Медицинский совет Республики Карелия» | | **Федеральный закон от 21.11.2011 года № 323 – ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации**», статья 51, пункт 3 – детализировать медицинские показания для совместного бесплатного нахождения с ребенком в стационарных условиях. |
|  | Республика Карелия | Общественная организация «Медицинский Совет Республики Карелия» | | |  | | * **Ст. 71: В ведении РФ находятся: ...е) установление**   **единых правовых основ системы здравоохранения.**  *Таким образом, необходимо внесение в законодательные нормативно правовые акты о полномочиях ОМСУ.*  Статья 4 «Основные принципы охраны здоровья».  П 5 – ответственность органов государственной власти и ОМСУ за обеспечение прав граждан.  *Обеспечение полноценного финансирование особенно бюджетной составляющей равно для всех регионов;*   * **Ст. 132: 1. «Органы местного самоуправления в**   **соответствии с Федеральным законом обеспечивают в пределах своей компетенции доступность медпомощи».**  **Федеральный Закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации**» **от 21.11.2011 года № 323-ФЗ:**  Ст. 17. «Полномочия органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья».  П 1 «Создание условий для оказания медицинской помощи населению.  П 2. Обеспечение организации при оказании медицинской помощи.  П 7. Создание благоприятных условий в целях привлечения медицинских работников.  *Необходимо уточнение и детализация этих полномочий. Что именно понимать под созданием условий – обеспечение жильем, транспортная доступность, обеспечение местами в детских садах и школах и т.д.?* |
|  | Республика Карелия | Лексунов  Олег Геннадьевич | | | Генеральный директор ООО «Офтальмологический центр Карелии», Председатель Правления Ассоциации «Карельский медицинский кластер» | | * Конкретизировать принцип страхования риска   заболевания и ответственности страховых медицинских организаций по возмещению затрат медицинским организациям по лечению застрахованных лиц в случае наступления страхового случая без лимита возмещения в **326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»** для реализации поправки в п. Ж ч.1 ст. 72 Конституции РФ;   * Создать возможность привлечения иностранных   инвестиций в систему здравоохранения и трансфера современных медицинских технологий путем распространения особого режима Международного медицинского кластера «Сколково» на всю территорию Российской Федерации путем внесения изменений в п. 1 ст. 3 **160-ФЗ «О международном медицинском кластере и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации»** для реализации поправки в п. Ж ч.1 ст. 72 Конституции РФ. |
|  | Республика Карелия | Васильева Татьяна Владимировна | | | Директор ГАПОУ РК «Петрозаводский базовый медицинский колледж» | | Внесение изменений в **ФЗ № 273 от 29 декабря 2012 «Об образовании в Российской Федерации»** и **Приказ Министерства образования и науки РФ от 23 января 2014 г. №36 «Об утверждении Порядка приема на обучение по образовательным программам среднего профессионального образования»** в части установления квоты приема на целевое обучение по образовательным программам среднего профессионального образования по специальностям медицинского профиля.  Прием на обучение по образовательным программам среднего профессионального образования регламентируется Приказом Министерства образования и науки РФ от 23 января 2014 г. N 36 «Об утверждении Порядка приема на обучение по образовательным программам среднего профессионального образования» (далее - Приказ).  В соответствии с п.43 Приказа «в случае если численность поступающих … превышает количество мест, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет бюджетных ассигнований образовательная организация осуществляет прием на обучение по образовательным программам среднего профессионального образования на основе результатов освоения поступающими образовательной программы основного общего или среднего общего образования (имеется ввиду средний балл аттестата), … результатов. |
|  | Республика Карелия | Балашов Александр Тимофеевич | | | Директор Медицинского института ФГБОУ ВО «Петрозаводский государственный университет»,  доктор медицинских наук, профессор, член Общественного Совета по вопросам здравоохранения Министерства здравоохранения Республики Карелия, эксперт ОНФ в РК | | **Статья 71**  ***…установление единых правовых основ системы здравоохранения:***   * Обеспечить допуск к образовательной деятельности по   медицинскому профилю только лицензированные и аккредитованные образовательные организации, которые обеспечены высококвалифицированными преподавательскими кадрами из числа научно-педагогических работников и практических врачей;   * Ввести в нормативные документы обязательный учет   участия в волонтерской деятельности – как достижения абитуриентов, обучающихся, ППС и медицинских работников. Закрепить законодательно добровольчество в системе поощрений для этих категорий лиц.  **Часть 1 статьи 72 пункт «ж)**  ***… для обеспечения оказания доступной и качественной медицинской помощи, сохранение и укрепление общественного здоровья…:***  **Часть 1 статьи 114**  ***… единой социально ориентированной…:***  Кадровое обеспечение: внести в законодательные акты РФ:   * Возможность увеличения количества бюджетных мест в   Медицинских вуза в соответствии с потребностью региона;   * Возможность увеличения количества мест для целевого   набора в Медицинских вузах (специалитет и клиническая ординатура) в соответствии с потребностью региона в специалистах;   * Обеспечение качественной профориентационной работы   для повышения качества мотивации и базовой подготовки абитуриентов (уровневая профориентационная деятельность Правительства региона, Муниципалитетов региона, Министерства здравоохранения региона, лечебных учреждений и образовательной организации;   * Повышение ответственности ЛПУ, заключивших   договор о целевом обучении за успеваемость и дисциплину своих студентов –целевиков для повышения мотивации студентов и качества подготовки и будущих специалистов (периодический контроль, обеспечение мест практики);   * Обеспечение возможности расторжения договора (с   обеспечением правовых норм) со стороны ЛПУ при несоответствии качества подготовки «целевика» или при наличии других причин (заболевания) не соответствующих требованиям учреждения к качеству будущего специалиста (с возможностью передачи «целевого места» другому студенту;   * Обеспечение гарантии выполнения   студентами и ЛПУ договора о целевом обучении в ЛПУ;   * Рассмотреть возможность внесения изменений   в профессиональные стандарты и ФГОС ВО для расширения возможности трудовой деятельности выпускников специалитета «Лечебное дело» и «Педиатрия» - для возможности трудовой деятельности после освоения Основной образовательной программы специалитета - не только на должностях участковых врачей, но и врачей терапевтов и педиатров приемного покоя, бригад скорой медицинской помощи.  **Обеспечение качества образовательного процесса:**   * Обязать законодательно Медицинские вузы формировать   у студентов-медиков и ППС принципы здорового образа жизни, проводить регулярные независимые исследования, анкетирования, формировать рейтинги, использовать систему поощрения;   * Регламентировать нормативными актами количество   студентов в учебных группах в Медицинских вузах на клинических дисциплинах (не более 8 - 10 студентов), что позволит формировать кадровый состав ППС/НПР в соответствии с особенностями высшего медицинского образования;   * Упорядочить систему обеспечения учебным   оборудованием (симуляционным и имитационным) для Медицинских вузов Министерства высшего образования и науки РФ в соответствии с Медицинскими вузами Министерства здравоохранения РФ и в соответствии с требованиями ФГОС ВО и потребностями образовательного процесса.  Клинические базы:   * Адаптировать нормативные акты по Практической   подготовке обучающихся в Медицинских вузах в части наличия «клинических баз» - включить в данный юридический термин базирование кафедр Медицинского института в ЛПУ;   * Создать в ЛПУ законодательно   Закрепленную основу, удобную и выгодную для ЛПУ, для выделения на территории ЛПУ помещений (соответствующих требованиям СанПин) для размещения учебных комнат и лабораторий клинических кафедр Медицинских институтов;   * При наличии на базе ЛПУ кафедр   Медицинского вуза – присваивать ЛПУ более высокий статус - статус клинической базы Медицинского института/ вуза, что позволит обеспечить территориальное размещение кафедр в ЛПУ;   * Отсутствие собственных «университетских»   клинических баз у Медицинских институтов МНО РФ не позволяет проводить практические занятия на территории ЛПУ, создавая сложности для обучения студентов медицине;   * Изменение в наименовании понятия «клиническая база»   позволит перенести клинические дисциплины из теоретических помещений в ЛПУ (что соответствует классическим канонам изучения медицины – у постели больного);   * Учитывать при аккредитации вуза, при формировании   Основных образовательных программ, наличие «клинических баз» (без внесения их в лицензию образовательной организации) для возможности реализации образовательного процесса по клиническим дисциплинам на базах ЛПУ;   * Внедрить в нормативные акты всех регионов   юридическое понятие «безвозмездное пользование» подробными юридическими комментариями данного понятия, что позволит формировать договоры с клиническими базами в соответствии с требованиями.  **Трудоустройство выпускников**:   * Активно использовать систему «предложения рабочих   мест» со стороны ЛПУ в течение всего периода обучения студентов с заключением целевых договоров на целевое обучение (не только при поступлении (целевой набор), но и на различных курсах обучения) – посредством профориентационной деятельности;   * Формирование юридических условий для обязательного   соблюдения выпускниками, обучающимися по целевому набору условий договоров по работе на закрепленных местах в течение не менее указанного периода.  Внести в**Трудовой Кодекс РФ:**   * Обязательства выпускников, обучавшихся по целевому   набору с заключением целевого договора, полноценное выполнение трудового договора с ЛПУ;   * При несоблюдении студентом выпускником по   неуважительной причине обязательств договора о целевом обучении – отражать информацию в едином реестре специалистов РФ с применением мер ограничения поступления в клиническую ординатуру (в течение трех лет), по приему на работу в другое ЛПУ;   * Введение в нормативные акты, регулирующие   обязательность выполнения договоров условий (кроме денежных компенсаций), при которых выпускникам будет не выгодно нарушать договор – отказ в приеме в ординатуру в течение трех последующих лет (минимальный срок работы по целевому направлению); прием в ординатуру при наличии трех-летнего стажа и более по профессии); внесение в регистр (реестр) нарушителей (с последующим учетом данного элемента в профессиональном карьерном росте).  **Социальные гарантии:**   * Для медицинских работников на селе – обеспечение   комфортабельным служебным жильем; предоставление льгот, в том числе преференции по профессиональному обучению, карьерному росту; полноценный социальный пакет, обеспечивающий достойный уровень жизни медицинским работникам на селе;   * Модернизация первичного звена здравоохранения –   ремонт ФАПов, участковых больниц, ЦРБ; оснащение современной техникой, санитарным транспортом; обеспечение кадрами по целевому набору или по специальным программам, гарантирующим моральные и материальные условия для комфортного исполнения профессиональных обязанностей.  **Обеспечение доступной и качественной медицинской помощи:**   * Закрепить нормативными актами за регионами /   субъектами РФ обязанности по техническому обеспечению, развитию и широкому использование регулярной системы телемедицинских консультаций врачей и пациентов в районах, в том числе в отдаленных;   * Развивать деятельность Многофункциональных   мобильных консультативно-образовательных центров Медицинских вузов - совместной деятельности ведущих профессоров, доцентов и представителей системы практического здравоохранения - для повышения качества и доступности медицинской помощи населению;   * Шире привлекать профессоров и доцентов Медицинских   вузов к практической профессиональной деятельности на договорной основе.  **Научно-исследовательская деятельность:**   * Регламентировать участие представителей практического   здравоохранения в научно-исследовательской деятельности Медицинского вуза, как важной составляющей эффективного взаимодействия образования, науки и практики в решении сложных практических задач современной медицины;   * Развивать и преумножать межведомственные контакты   представителей медицинского сообщества из числа профессорско-преподавательского состава, практического здравоохранения с ведущими Медицинскими вузами РФ и Научно-исследовательскими центрами РФ, зарубежными коллегами по вопросам повышения качества медицинского образования и качества медицинской помощи. |
|  | Республика Коми | Федулова Ольга Ивановна | | | Председатель Коми республиканской организации профсоюза работников здравоохранения, сопредседатель РШ | | **Доступность и качество детской паллиативной медицинской помощи: детский хоспис с выездной бригадой специалистов по паллиативной медицинской помощи.**  Необходимо, чтобы в обязательном порядке на территориях в регионах была предусмотрена паллиативная помощь детям с наличием выездных бригад специалистов для оказания такой медицинской помощи. В случае принятия данных поправок, они будут обязательны к исполнению, и организация детской паллиативной помощи на местах не будет финансироваться по остаточному принципу. |
|  | Республика Коми | Федулова Ольга Ивановна | | | Председатель Коми республиканской организации профсоюза работников здравоохранения, сопредседатель РШ | | **Доступность первичной медико-санитарной помощи детям в период получения образования в образовательных учреждениях.**  Сейчас медики оказывают помощь в детских садах и школах, будучи закрепленными за лечебными учреждениями. По мнению общественников, это приводит к тому, что работники здравоохранения не успевают реагировать на ситуации в учебных заведениях, также это ведет к рассогласованию в вопросах оказания медицинской помощи. |
|  | Архангельская область | Кравцова Любовь Николаевна | | | Руководитель ФГУ «ГЛАВНОЕ БЮРО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ» по Архангельской области - главный эксперт по медико-социальной экспертизе,  активист регионального штаба | | **Проблема: Нехватка врачебных кадров и квалифицированных кадров среднего медицинского персонала в здравоохранении – необходимость разработки и внедрения эффективных мер по закреплению медицинских кадров на селе, и в малых городах, обеспечению доступности медицинской помощи.**  Предложения:  1) Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изменениями и дополнениями)  - Дополнить статью 72. Права медицинских работников и фармацевтических работников и меры их стимулирования гарантиями по стимулированию труда в сельской местности, труднодоступных отдаленных территориях, а также закрепить право работника и обязанность органов местного самоуправления предоставлять жильё врачебным кадрам и кадрам среднего медицинского персонала, приехавшим на работу по распределению.  - Законодательно закрепить обязанность выпускников медицинских вузов отработать определенный срок по распределению в медицинских организациях, испытывающих наибольший дефицит кадров.  2) Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 ноября 2019 г. № 974 «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ МЕТОДИКИ  РАСЧЕТА ПОТРЕБНОСТИ ВО ВРАЧЕБНЫХ КАДРАХ»  - При определении потребности во врачебных кадрах в субъекте Российской Федерации дополнительно необходимо учитывать показатели инвалидности населения, классы болезней, наиболее часто приводящих к инвалидности на данной территории. |
|  | Архангельская область | Кравцова Любовь Николаевна | | | Руководитель ФГУ «ГЛАВНОЕ БЮРО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ» по Архангельской области - главный эксперт по медико-социальной экспертизе,  активист регионального штаба | | **Проблема: Изменение структуры первичной детской инвалидности – необходимость изменения направления профилактики детской инвалидности и реабилитации.**  **Рост первичной инвалидности вследствие аутизма и необходимость перестройки системы обучения и трудового устройства данной категории инвалидов с учетом их особенностей.**  Предложения:  - Внести дополнения в Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" (с изменениями и дополнениями) и Федеральный закон №1032-I от 19 апреля 1991 г. «О занятости населения в Российской Федерации», закрепив гарантии инвалидов с ментальными особенностями на полноценное образование с гарантией последующего трудоустройства.  - Закрепить необходимость разработки и внедрения методик обучения специальностям, дающим возможность работать инвалидам с ментальными особенностями, в том числе разработать перечни профессий для преимущественного замещения инвалидами с ментальными особенностями и создания условий с учетом особенностей течения процесса, в том числе для детей, страдающих расстройствами аутистического спектра.  - Закрепить роль родителей и опекунов в процессе обучения и адаптации, предусмотреть для них дополнительные меры социальной поддержки - без регулярных занятий с родителями и дефектологами ребенок с ментальными особенностями быстро утрачивает навыки общения и социализации.  -Закрепить законодательно необходимость развития технологий, дающих рабочие места людям с ментальными особенностями.  -Установить дополнительные меры для стимулирования и развития доступности высшего образования инвалидам, в том числе – применение специальных технических образовательных средств, медицинское сопровождение для людей с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья, наличие специализированного персонала (тьюторы, тифлосурдопереводчики, медицинские работники, методисты) и адаптированных учебных программ. |
|  | Вологодская область | Пулин Андрей Геннадьевич | | | Главный врач БУЗ ВО «Вологодская областная клиническая больница № 2;  Сопредседатель РШ | | [**"Бюджетный кодекс Российской Федерации" от 31.07.1998 N 145-ФЗ (ред. от 08.06.2020) (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.07.2020)**](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_19702/)  **БК РФ Статья 133.2. Субвенции бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования**  5. Методика (проект методики) распределения субвенций бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования представляется Правительством Российской Федерации в составе документов и материалов, вносимых в Государственную Думу одновременно с проектом федерального закона о бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на очередной финансовый год и плановый период.  **ПРЕДЛОЖЕНИЕ - Дополнить –** Методика должна устанавливать норматив на 1 застрахованное лицо в субъекте с учетом коэффициентов инфляции к предыдущему году и коэффициент, отражающий рост заработной платы в соответствии с «Дорожной картой» (в соответствии с Майскими Указами).  [**Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 08.06.2020) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"**](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/)  **Статья 10. Доступность и качество медицинской помощи**  Доступность и качество медицинской помощи обеспечиваются:  9) оснащением медицинских организаций оборудованием для оказания медицинской помощи с учетом особых потребностей инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями здоровья;  (п. 9 введен Федеральным законом от 01.12.2014 N 419-ФЗ)  **ПРЕДЛОЖЕНИЕ - Дополнить –** оснащением медицинских организаций оборудованием **в соответствии с порядками оказания медицинской помощи** для оказания медицинской помощи с учетом особых потребностей инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями здоровья  **Статья 15. Передача осуществления полномочий Российской Федерации в сфере охраны здоровья органам государственной власти субъектов Российской Федерации**  3. Общий объем средств, предусмотренных в федеральном бюджете в виде субвенций бюджетам субъектов Российской Федерации, определяется на основании следующих методик, утверждаемых Правительством Российской Федерации:  1) на осуществление указанного в пункте 1 части 1 настоящей статьи полномочия исходя из:  а) численности населения;  б) количества медицинских организаций, осуществление полномочия по лицензированию медицинской деятельности которых передано органам государственной власти субъекта Российской Федерации; количества аптечных организаций, осуществляющих реализацию населению лекарственных препаратов и медицинских изделий, наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров;  в) иных показателей.  **ПРЕДЛОЖЕНИЕ - Дополнить –** в) инфляции по видам расходов за предыдущий период;  г) иных показателей.  **Статья 83. Финансовое обеспечение оказания гражданам медицинской помощи и санаторно-курортного лечения**  2. Финансовое обеспечение оказания гражданам специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи осуществляется за счет:  2) бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации, выделяемых в рамках территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (в части медицинской помощи, не включенной в территориальные программы обязательного медицинского страхования, а также расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную в территориальных программах обязательного медицинского страхования);  **ПРЕДЛОЖЕНИЕ - Дополнить -** Порядок финансирования и перечень расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, устанавливается субъектами Российской Федерации.  **Дополнить –** ч. 12. - В условиях чрезвычайной ситуации и (или) при возникновении угрозы распространения заболевания, представляющего опасность для окружающих, Правительство Российской Федерации вправе принять решение об установлении для медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций размер финансирования, предоставляемого территориальным фондом, до 100 процентов размера финансового обеспечения объема предоставления медицинской помощи, распределенного решением Комиссии по разработке территориальной программы в расчете на месяц. |
|  | Вологодская область | Румянцев Сергей Александрович | | | Главный врач БУЗ ВО «Вологодский областной кожно-венерологический диспансер», Член РШ | | В Федеральный закон от 29.11.2010 №326-ФЗ (редакция от 29.04.2020) «Об обязательном страховании в Российской Федерации», статья 30 «Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию п.4 Структура тарифа. Медицинские организации должны быть обеспечены «полным тарифом». В настоящее время в структуре тарифа заработная плата составляет от 75-85%.  **ПРЕДЛОЖЕНИЕ:** Должна быть персональная ответственность Губернатора региона, правительства субъекта РФ по обеспечению и финансовому наполнению программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи. |
|  | Вологодская область | Румянцев Сергей Александрович | | | Главный врач БУЗ ВО «Вологодский областной кожно-венерологический диспансер», Член РШ | | Федеральный Закон №323-ФЗ « Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», статья 27 Обязанности граждан в сфере охраны здоровья  **ПРЕДЛОЖЕНИЕ:** необходимо расширить понятие обязанности граждан в отношении сохранения здоровья, ведения ЗОЖ и необходимости прохождения диспансеризации. |
|  | Вологодская область | Румянцев Сергей Александрович | | | Главный врач БУЗ ВО «Вологодский областной кожно-венерологический диспансер», Член РШ | | УК РФ Статья 109 (ч.2)УК РФ Причинение смерти по неосторожности в следствие ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей  Статья 118 (ч.2) УК РФ Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения профессиональных обязанностей.  Медицинские работники не должны нести уголовной ответственности, если у пациента возникли «неумышленные осложнения. Врачебные ошибки, в том числе приведшие к летальному исходу должны рассматриваться профессиональными сообществами, такими как Ассоциация врачей, Национальная медицинская Палата.  **ПРЕДЛОЖЕНИЕ:** Данную норму необходимо вынести на обсуждение в Государственную Думу и закрепить законодательно. |
|  | Калининградская область | Сергутко Ирина Леонидовна | | | Председатель  Калининградской областной организации  профсоюза работников здравоохранения РФ,  эксперт РО | | **По реализации ст. 71, пункт е)**  Внести изменения:  Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ, статья 72, п 1. 1) изложить в редакции: «создание руководителем медицинской организации соответствующих условий для выполнения работником своих трудовых обязанностей, включая обеспечение необходимым оборудованием, **и организацию безопасных условий труда**, в порядке, определенном законодательством Российской Федерации;  Далее с целью реализации этих изменений и ТК РФ, Раздела X. Охрана труда (ст.ст. 209 - 231):  ПРИНЯТЬ нормативный акт по содержащий правила по охране труда в здравоохранении устанавливающие государственные нормативные требования охраны труда при оказании медицинских услуг, организации и проведении основных процессов и работ в медицинских организациях. (ОТРАСЛЕВАЯ СИСТЕМА ОХРАНЫ ТРУДА) |
|  | Калининградская область | Сергутко Ирина Леонидовна | | | Председатель  Калининградской областной организации  профсоюза работников здравоохранения РФ,  эксперт РО | | **По реализации ст. 71, пункт е)**  Внести изменения:  Поручить Министерству труда и социальной защиты РФ совместно Министерством здравоохранения РФ проработать совместно с профсоюзами и внести изменения в закон №426-ФЗ «О специальной оценке условий труда», а именно **дополнить списком профессий и должностей с вредными условиями труда, работа в которых дает право на** компенсационные выплаты, дополнительный отпуск и сокращенный рабочий день, без проведения СОУТ. |
|  | Калининградская область | Сергутко Ирина Леонидовна | | | Председатель  Калининградской областной организации  профсоюза работников здравоохранения РФ,  эксперт РО | | **По реализации ст. 71, пункт е)**  При формировании Министерством труда и социальной защиты РФ совместно с Министерством здравоохранения РФ ОТРАСЛЕВОЙ системы оплаты труда, помимо основных частей структуры заработной платы: оклада, компенсационных и стимулирцющих выплат, предусмотреть ОБЯЗАТЕЛЬНОСТЬ «статусных выплат»:  - оплаты за работу непрерывный стаж работы в государственной медицине  - выплаты за научную степень и квалификационную категорию |
|  | Калининградская область | Сергутко Ирина Леонидовна | | | Председатель  Калининградской областной организации  профсоюза работников здравоохранения РФ,  эксперт РО | | **По реализации ст. 71, пункт е)**  Установление государственных социальных гарантий в виде санаторно-курортного лечения и реабилитации медицинским и иным работникам учреждений здравоохранения, пострадавшим вследствие оказания или обеспечения медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) и пациентам с подозрением на новую коронавирусную инфекцию, лицам из группы риска заражения COVID-19. |
|  | Калининградская область | Сергутко Ирина Леонидовна | | | Председатель  Калининградской областной организации  профсоюза работников здравоохранения РФ,  эксперт РО | | **По реализации ст. 132, пункт а) часть 1**  Сформировать федеральную программу обеспечения жильем работников здравоохранения,  Которая бы была рассчитана на специалиста нуждающегося в жилье и предусматривала этапы:  Общежитие (малосемейное) на 3-5 лет, затем служебное жилье на 5-10 лет (без приватизации), на определенном этапе, параллельно - ипотека по льготной ставке с субсидирование первого взноса – еще 10-15 лет. |
|  | Калининградская область | Ворнаков Александр Владимирович | | | Член Общественной палаты Калининградской области,  Заместитель регионального координатора ВОД «Волонтеры-медики»,  Активист ОНФ | | Согласно, Конституции Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993 с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020) статьи 72 части 1 «В совместном ведении Российской Федерации и субъектов Российской Федерации находятся:  Пункт Ж) координация вопросов здравоохранения, в том числе обеспечение оказания доступной и качественной медицинской помощи, сохранение и укрепление общественного здоровья, создание условий для ведения здорового образа жизни, формирования культуры ответственного отношения граждан к своему здоровью; социальная защита, включая социальное обеспечение <\*>;», предлагаю внести дополнения в Национальный проект «Демография», Федеральный проект “Укрепление общественного здоровья”:  1. Поддержать формирование приверженности к ведению здорового образа жизни, физической культуры и спорта трудящегося населения, путём частичной ежемесячной компенсации стоимости абонементом спортивных залов, спортивных комплексов, спортивных арен, бассейнов, ледовых арен, спортивных секций и других спортивных объектов, с целью укрепления и сохранения здоровья граждан Российской Федерации. Данное предложение основывается на основных методах профилактики социально значимых заболеваний.  2. Предоставить один оплачиваемый выходной в месяц некурящему (не употребляющему табачную продукцию, никотиносодержащую продукцию) трудящемуся населению, направленный на поддержание здорового образа жизни, культуры ответственного отношения граждан к своему здоровью и семейных ценностей. Данное предложение основывается на рационализации рабочего времени, учитывая сколько курящий сотрудник в месяц тратит на «перекуры» и создании позитивной мотивации сотрудников отказываться от курения (употребления табачной и никотиносодержащей продукции). |
|  | Калининградская область | Краснова Ольга Генадиевна | | | Главный врач ГБУЗ «Инфекционная больница Калининградской области  Председатель врачебной палаты Калининградской области  Сопредседатель РШ | | Федеральный закон от 06.10.2003 N 131-ФЗ  Глава 3. Статья 14.). Вопросы местного значения городского, сельского поселения. Федеральный закон от 06.10.2003 N 131-ФЗ (ред. от 02.08.2019  п.6 – ДОПОЛНИТЬ п.6.1-Внеочередное обеспечение благоустроенным по современным требованиям жильем нуждающихся медицинских работников, работающих в лечебных учреждениях муниципального образования, а также обеспечение их местами в детских дошкольных учреждениях;  Статья 15.  12) создание условий для оказания медицинской помощи населению на территории муниципального района……..  ПРЕДЛОЖЕНИЕ: Необходимо конкретизировать данные полномочия.  12) создание условий для оказания медицинской помощи населению на территории муниципального района (за исключением территорий поселений, включенных в утвержденный Правительством Российской Федерации перечень территорий, население которых обеспечивается медицинской помощью в медицинских организациях, подведомственных федеральному органу исполнительной власти, осуществляющему функции по медико-санитарному обеспечению населения отдельных территорий) , включающих в себя обеспечение водоснабжения, водоотведения, газификацию и электрификацию объектов здравоохранения, благоустройство прилегающих территорий и подъездных путей, обеспечение транспортной доступности до лечебных учреждений населению муниципального образования . |
|  | Калининградская область | Краснова Ольга Генадиевна | | | Главный врач ГБУЗ «Инфекционная больница Калининградской области  Председатель врачебной палаты Калининградской области  Сопредседатель РШ | | ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН  ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  № 323- ФЗ от 21 ноября 2011 года  Статья 2. Основные понятия, используемые в настоящем Федеральном законе  3) медицинская помощь - комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг;  ПРЕДЛОЖЕНИЕ:  - комплекс мероприятий, включающих в себя услуги, направленные на поддержание и (или) восстановление здоровья человека.  4) медицинская услуга - медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение;  Предложение:  4) Медицинская услуга – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию, единица, используемая для расчета стоимости медицинской помощи в системе ОМС. |
|  | Калининградская область | Краснова Ольга Генадиевна | | | Главный врач ГБУЗ «Инфекционная больница Калининградской области  Председатель врачебной палаты Калининградской области  Сопредседатель РШ | | Статья 10. Доступность и качество медицинской помощи  4) применением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;  Предложение:  4) применением порядков оказания медицинской помощи и клинических рекомендаций.  Статья 27. Обязанности граждан в сфере охраны здоровья  ПРЕДЛОЖЕНИЕ:  П.2 дополнить – п.2.1. – Обязанность по организации прохождения медицинских осмотров и всеобщей диспансеризации возлагается на работодателя.  Статья 37. Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи  1. Медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи.  ПРЕДЛОЖЕНИЕ:  1. Медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и клиническими рекомендациями обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями.  1.1 Стандарты медицинской помощи используются для расчета ее стоимости в системе ОМС.  2. Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.  2.1. Клинические рекомендации разрабатываются профессиональными научно- медицинскими обществами и утверждаются научным советом МЗ РФ  (ПИСЬМО МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ от 6 октября 2017 г. N 17-4/10/2-6989) |
|  | Ленинградская область | Шевченко Светлана Анатольевна | | | Главный врач ГБУЗ Ленинградской области «Выборгский родильный дом».  Член общественной организации «Женщины Ленинградской области за равные права и возможности в гражданском обществе».  Член РШ | | **В статье 71 внести изменения**:  - следует навести порядок в обучении специалистов по медицинским специальностям на платной основе. Троечники и хронически не успевающие студенты не должны получать дипломы и аккредитации.  - следует увязать частое пребывание на больничном листе и образ жизни пациентов. При необходимости рассмотреть в этих случаях оплачиваемую квоту в днях нетрудоспособности.  **В статье 132:**  **-** ФЗ 131 не обеспечивает в полной мере доступность медицинской помощи, следует усилить ответственность муниципальных властей за содержание медицинских учреждений и финансовую стабильность при оказании медицинской помощи населению на подведомственной территории. |
|  | Мурманская область | Гончаров Эдуард Николаевич | | | Директор Мурманского филиала ООО «АльфаСтрахование-ОМС», член регионального штаба ОНФ | | С целью продолжения дальнейшей сертификации на протяжении всего периода работы специалистов, проходивших до этого процесс сертификации и недопущении кадрового дефицита из-за невозможности прохождения аккредитации:  Внести изменения в ФЗ 3 от 21.11.2011 № 323-ФЗ в главу 9, ст. 69, п.1 и гл. 100, п1, пп1; п 2:  Право на осуществление медицинской деятельности в Российской Федерации имеют лица, получившие медицинское или иное образование в Российской Федерации в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами и имеющие свидетельство об аккредитации специалиста. – распространить только на специалистов, впервые получающих медицинское образование и прошедших процедуру аккредитации после окончания ВУЗа.  Право на осуществление медицинской деятельности в Российской Федерации имеют лица, получившие высшее или среднее медицинское образование в Российской Федерации в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами и имеющие сертификат специалиста и ранее проходившие процедуру аккредитации; |
|  | Мурманская область | Гончаров Эдуард Николаевич | | | Директор Мурманского филиала ООО «АльфаСтрахование-ОМС», член регионального штаба ОНФ | | Внести дополнения в федеральный проект «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» задачами:   1. по разграничению потоков пациентов, обратившихся в амбулаторно-поликлиническое звено, с профилактическими целями, с заболеваниями и симптомами ОРВИ. 2. организации на территории поликлиник инфекционные боксы с отдельным входом для пациентов с подозрением на инфекционные заболевания.   Дополнить федеральные проекты «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» и «Борьба с онкологическими заболеваниями» задачей по организации патронажа для пациентов, состоящих на диспансерном наблюдении по указанным заболеваниям.  Внести дополнения в федеральный проект «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ)» задачами:   1. по созданию единой электронной карты пациента;   включению в единый цифровой контур в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ) Федерального фонда обязательного медицинского страхования, территориальных фондов обязательного медицинского страхования и страховых медицинских организаций в целях информационного сопровождения застрахованных граждан на всех этапах оказания медицинской помощи, популяризации здорового образа жизни и проведения контрольно-экспертных мероприятий по организации и доступности оказания медицинской помощи. |
|  | Новгородская область | Абдулин Андрей Александрович | | | Фармаколог терапевт, член «Медицинской палаты» Новгородской области, активист ОНФ | | С учетом внесения поправки в часть 1 статьи 132 Конституции РФ «Органы местного самоуправления…,а также в соответствии с федеральным законом обеспечивают в пределах своей компетенции доступность медицинской помощи» необходимо раскрыть компетенции органов местного самоуправления по обеспечению доступности медицинской помощи в ФЗ от 06.10.2003 N 131-ФЗ «ОБ ОБЩИХ ПРИНЦИПАХ ОРГАНИЗАЦИИ  МЕСТНОГО САМОУПРАВЛЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ» и внести дополнение о доступности в статью 15 п.12 «*создание условий для* ***доступности*** *и оказания медицинской помощи населению на территории муниципального района*». |
|  | Новгородская область | Гарькавенко Елена Владимировна | | | Заместитель директора департамента общего образования министерства образования Новгородской области | | Законодательно запретить доступ в образовательные организации детей без прививок. |
|  | Псковская область | Неваленная Галина Ивановна | | | Главный врач ГБУЗ ПО «Псковская городская поликлиника». заместитель Общественной палаты Псковской области.  Сопредседатель Псковского регионального отделения Общероссийского Народного Фронта. Сторонник партии «Единая Россия»  Член Псковского регионального отделения общественной организации «Союз Женщин России». | | 1. Изменение отношения к медицинским работникам для ликвидации дефицита кадров в здравоохранении: повышение оплаты труда с установлением на федеральном уровне минимального базового оклада 3МРОТ для врачей, для медсестер и для младшего медперсонала; обеспечение их профессиональной безопасности и благоприятных условий труда, в том числе в условиях затянувшейся эпидемии. А также «одинаковая» оплата труда вне зависимости от региона проживания. 2. **Увеличение государственного финансирования здравоохранения до 8 ВВП.** 3. **Переход на бюджетную модель финансирования** без фондов ОМС и частных страховых медицинских организаций (исключит в системе здравоохранения не государственные организации и посредников). 4. **Внедрение системы всеобщего бесплатного лекарственного обеспечения** населения рецептурным лекарственными препаратами (а также в дальнейшем улучшения качества их выдачи пациенту) 5. Перевести медицинские организации на финансирование по смете, которая покрывает их базовые расходы, а не заставляет «зарабатывать» на пациентах. 6. Принять меры по повышению качества высшего медицинского и среднего профессионального образования, в том числе повысить оплату труда профессорско-преподавательского состава медицинских вузов и колледжей, создать условия (выделенное оплачиваемое время) для непрерывного медицинского образования. 7. Увеличить финансирование медицинской науки в 3 раза до 0,12 % ВВП 8. Убрать противоречия в нормативной базе здравоохранения, привести все контрольные проверки в единую систему, исключить дублирование отчетных документов, согласовать их и перевести в единый цифровой формат. |
|  | Санкт-Петербург | Самойлова Ирина Геннадьевна | | | Главный врач [ФГБУ «Детский научно-клинический центр инфекционных болезней федерального медико-биологического агентс](http://niidi.ru/)тва» | | По положению 1:  «Создать в медицинских организациях финансовые и материально-технические возможности для выполнения требований нормативных документов: стандартов медицинской помощи, порядков ее оказания, клинических рекомендаций и критериев качества медицинской помощи» – требует формулировки конкретных предложений. В таком виде выглядит как «создание условий для работы медицинских организаций в целом».  «Принимать решения в здравоохранении на основании клинико-экономического обоснования и серьезного экспертного обсуждения. Это касается оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов и более комплексных решений» – требуется оценка необходимости данного пункта. Это достаточно очевидно и так, существует целая наука «экономика здравоохранения». Оценка эффективности и безопасности лекарственных средств и изделий медицинского назначения не имеет к этому отношения вовсе. Она определяется по результатам клинических исследований.  «Установить, что строительство новых государственных медицинских организаций для оказания помощи должно происходить после оценки возможности ее предоставления в уже имеющихся по данному профилю частных медицинских организациях на долгосрочной основе» - возможны противоречия со ст.41 Конституции РФ и 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» в части касающейся права получения всеми гражданами бесплатной медицинской помощи.  «Разработать обеспеченную ресурсами «Программу развития здравоохранения до 2030 г.» с целями по улучшению здоровья населения и установить законодательно ответственность за ее выполнение руководителей здравоохранения федерального и регионального уровня» - в настоящее время реализуется на межведомственном уровне Государственная программы «Развитие здравоохранения РФ до 2025 года», федеральное бюджетное финансирование которой – более 4 трлн руб., а с учетом софинансирования и межбюджетных трансфертов – более 37 трлн. Если говорить о создании программы, то это несколько преждевременно. Не подведены даже промежуточные итоги реализации текущей. Планировать в дальнейшем следует более долгосрочную программу – до 2035 года.    - Утвердить межведомственную «Программу по охране общественного здоровья до 2030 г» и установить управление этой программой на уровне Правительства РФ» - она входит в качестве подпрограммы в указанную выше Программу (до 2025 года). |
|  | Санкт-Петербург | Самойлова Ирина Геннадьевна | | | Главный врач [ФГБУ «Детский научно-клинический центр инфекционных болезней федерального медико-биологического агентс](http://niidi.ru/)тва» | | По положению 2:  Увеличить государственные расходы на здравоохранение с 3,5% до 6% ВВП 2019 г.2 (с 3,8 трлн руб. до 6,5 трлн руб. к 2022 г. в ценах 2019 г.) Ежегодно дополнительно потребуется около 1 трлн руб., начиная с 2020 г.» - сейчас – 2,9%, но почему увеличить только до 6%? В Великобритании в 2018–2019 финансовом году фактические расходы на здравоохранение составили 7,2% ВВП, в США на 2020–2022 годы на обязательные расходы на здравоохранение предусмотрено 10,1% ВВП ежегодно, во Франции в 2020 году – 8% ВВП. Целесообразно стремиться к таким же цифрам. |
|  | Санкт-Петербург | Самойлова Ирина Геннадьевна | | | Главный врач [ФГБУ «Детский научно-клинический центр инфекционных болезней федерального медико-биологического агентс](http://niidi.ru/)тва» | | По положению 4:  «Установить законодательно обоснованные нормы трудовой нагрузки для медицинских работников: по основной должности продолжительность рабочей недели в мирное время не должна превышать 40 ч, максимальное совместительство - не более 1,2 ставки. Внедрение этих норм потребует этапности, по мере привлечения дополнительных кадров в отрасль» - не согласен. Предложение излишне. Эти нормы будут установлены, а фактический доход врача, работающего на 1,0-1,2 ставки может остаться на нынешнем уровне.  «Установить льготы медицинским работникам, как военнослужащим и работникам Росгвардии, в том числе назначение пенсии за выслугу лет, а также обеспечить медицинских работников полноценным страхованием профессиональных рисков» – не хватит федеральных возможностей бюджетирования и финансирования. Никто не считал даже приблизительно. Цифры будут колоссальные. Исключить. |
|  | Санкт-Петербург | Самойлова Ирина Геннадьевна | | | Главный врач [ФГБУ «Детский научно-клинический центр инфекционных болезней федерального медико-биологического агентс](http://niidi.ru/)тва» | | По положению 5:  «Об условиях для обеспечения непрерывного медицинского образования - не менее 1 оплаченного рабочего дня в 2 месяца (50 ч. в год), выделенное финансирование и возможность самостоятельного выбора образовательной организации (по принципу «образовательный сертификат») – в существующей системе непрерывного медицинского образования предусмотреть возможность оплачиваемого очного освоения дополнительных образовательных программ повышения квалификации по специальности 1 раз в 5 лет объемом 144 академических часа, либо 1 раз в год объемом 36 академических часа по выбору медицинского работника. |
|  | Санкт-Петербург | Моисеенко Владимир Михайлович | | | Директор ГБУЗ «Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический)» | | В п.1 ст.10 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ слова «приближенности к месту жительства, месту работы или обучения» заменить словами «приоритета интересов пациента при оказании медицинской помощи» |
|  | Санкт-Петербург | Моисеенко Владимир Михайлович | | | Директор ГБУЗ «Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический)» | | В п.4 ст.10 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ слово «применением» заменить словами «обязанностью применения» |
|  | Санкт-Петербург | Моисеенко Владимир Михайлович | | | Директор ГБУЗ «Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический)» | | Ст.10 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ дополнить пунктом 4.1.) в следующей редакции «4.1.) соответствием объема медицинской помощи, предусмотренного программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи утвержденным порядкам оказания медицинской помощи, стандартам медицинской помощи, клиническим рекомендациям;» |
|  | Санкт-Петербург | Моисеенко Владимир Михайлович | | | Директор ГБУЗ «Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический)» | | Статью 12. «Приоритет профилактики в сфере охраны здоровья» Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ дополнить словами «…популяционных скрининговых исследований в области онкологии».  Потребуется внесение изменений в приказ МЗРФ от 13 марта 2019 г. № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» путем дополнения соответствующим порядком. |
|  | Санкт-Петербург | Моисеенко Владимир Михайлович | | | Директор ГБУЗ «Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический)» | | Пункт 1 статьи 14 «Полномочия органов государственной власти в сфере охраны здоровья» Главы 3 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ дополнить следующим подпунктом:  «21. Организация обеспечения лиц, страдающих онкологическими заболеваниями, лекарственными препаратами для медицинского применения, включенными в [перечень](consultantplus://offline/ref=A7ECF549FBC9CA634532567ECCBE8CD08BECCE1164DEA2F8197C4CECD3B5DC15EE9C51E88BE910323D9408A416B0A883F05249E481910A66n4iFI) жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов».  Потребуется внесение изменений в нормативные акты, регулирующие обращение лекарственных средств. |
|  | Санкт-Петербург | Моисеенко Владимир Михайлович | | | Директор ГБУЗ «Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический)» | | Подпункт 21 пункта 2 статьи 14 «Полномочия органов государственной власти в сфере охраны здоровья» Главы 3 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ дополнить следующими словами, после слов «злокачественными новообразованиями» дополнить словами «в том числе»  Либо, в пункт 21) части 2 статьи 14 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ изложить в редакции  «21) обеспечение лекарственными препаратами в соответствии с клиническим рекомендациями и стандартами медицинской помощи. лиц, больных редкими (орфанными) заболеваниями, социально значимыми заболеваниями, заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, в том числе лиц больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, гемолитико-уремическим синдромом, юношеским артритом с системным началом, мукополисахаридозом I, II и VI типов, апластической анемией неуточненной, наследственным дефицитом факторов II (фибриногена), VII (лабильного) X (Стюарта-Прауэра), лиц после трансплантации органов и (или) тканей.»  Для реализации данного изменения необходимо проработка вопросов, связанных с организацией закупок лекарственных препаратов. |
|  | Санкт-Петербург | Моисеенко Владимир Михайлович | | | Директор ГБУЗ «Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический)» | | часть 2 статьи 14 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ дополнить пунктом 22 в редакции:  «22) обеспечение разработки и утверждения порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи, основанных на современных достижениях медицинской науки и техники; их внедрение в организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения»  Необходимо внесение изменений в стандарты оснащения, предусмотренные Приказом Минздрава России от 15.11.2012 N 915н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "онкология" и регулярное обновление стандартов оснащения в дальнейшем, в части уточнения стандартов оснащения онкологической службы с учетом внедрения в медицинскую деятельность инновационных методов диагностики и лечения и регистрации инновационного медицинского оборудования. |
|  | Санкт-Петербург | Моисеенко Владимир Михайлович | | | Директор ГБУЗ «Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический)» | | В статье 16 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ исключить полномочия, связанные с обеспечением лекарственными препаратами лиц, указанных в предлагаемой редакции п.21 ч.2 ст.14 |
|  | Санкт-Петербург | Моисеенко Владимир Михайлович | | | Директор ГБУЗ «Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический)» | | В ч.2 статьи 21 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ слова «не чаще чем один раз в год (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина)» и «не чаще чем один раз в год (за исключением случаев замены медицинской организации)» исключить. |
|  | Санкт-Петербург | Моисеенко Владимир Михайлович | | | Директор ГБУЗ «Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический)» | | ч. 6 статьи 37 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ изложить в редакции:  «6. Клинические рекомендации, разработанные медицинскими профессиональными некоммерческими организациями и одобренные научно-практическим советом, утверждаются уполномоченным федеральный орган исполнительной власти.»  Внести необходимые изменения в  - Приказ Минздрава России от 28.02.2019 N 103н  "Об утверждении порядка и сроков разработки клинических рекомендаций, их пересмотра, типовой формы клинических рекомендаций и требований к их структуре, составу и научной обоснованности, включаемой в клинические рекомендации информации"  - Приказ Минздрава России от 28.02.2019 N 104н  "Об утверждении порядка и сроков одобрения и утверждения клинических рекомендаций, критериев принятия научно-практическим советом решения об одобрении, отклонении или направлении на доработку клинических рекомендаций либо решения об их пересмотре" |
|  |  |  | | |  | | Внести изменения в Приказ Минздрава России от 15.11.2012 N 915н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "онкология" предусмотрев в нем возможность гражданина обращаться за оказанием первичной специализированной медико-санитарной помощи в медицинские организации, оказывающие специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь самостоятельно, а не только по направлениям врачей-терапевтов, врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики (семейных врачей), врачей-специалистов, средних медицинских работников |
|  | Санкт-Петербург | Моисеенко Владимир Михайлович | | | Директор ГБУЗ «Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический)» | | В части регулирования организации дежурств, в т.ч. ночных, врачей учреждений здравоохранения, имеющих стационары.  Ввести определение понятия «дежурный врач». Законы и подзаконные акты оперируют этим понятием, не раскрывая его.  Письмо Минздрава СССР, Минфина СССР, Госкомтруда СССР, Секретариата ВЦСПС от 04.05.1990 N 01-14/5-24 «Об организации и оплате дежурств врачей учреждений здравоохранения, имеющих стационары» и письмо Минздрава РСФСР от 06.09.1965 № 32/735, Минфина РСФСР от 09.09.1965 № 08/977 «О дополнительных мероприятиях по экономии средств на заработную плату работникам здравоохранения» применяются в части, не противоречащей действующему законодательству, и требуют актуализации.  Принять нормативный акт, регулирующий организацию и оплату дежурств врачей учреждений здравоохранения, имеющих стационары, в т.ч. определить нормативы дежурств |
|  | Санкт-Петербург | Моисеенко Владимир Михайлович | | | Директор ГБУЗ «Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический)» | | В части нормативного регулирования научных разработок в области медицины  Многие нормативные источники затрагивают вопросы инновационной деятельности в здравоохранении. Но ни один из законов или подзаконных актов не регулирует напрямую создание научных разработок в области медицины.  Разработать и принять нормативные акты, регламентирующие развитие и внедрение инноваций в медицине. |
|  | Санкт-Петербург | Самойлова Ирина Геннадьевна | | | Главный врач ФГБУ «Детский научно-клинический центр инфекционных болезней ФМБА» | | По положению 1:  «Создать в медицинских организациях финансовые и материально-технические возможности для выполнения требований нормативных документов: стандартов медицинской помощи, порядков ее оказания, клинических рекомендаций и критериев качества медицинской помощи» – требует формулировки конкретных предложений. В таком виде выглядит как «создание условий для работы медицинских организаций в целом».  «Принимать решения в здравоохранении на основании клинико-экономического обоснования и серьезного экспертного обсуждения. Это касается оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов и более комплексных решений» – требуется оценка необходимости данного пункта. Это достаточно очевидно и так, существует целая наука «экономика здравоохранения». Оценка эффективности и безопасности лекарственных средств и изделий медицинского назначения не имеет к этому отношения вовсе. Она определяется по результатам клинических исследований.  «Установить, что строительство новых государственных медицинских организаций для оказания помощи должно происходить после оценки возможности ее предоставления в уже имеющихся по данному профилю частных медицинских организациях на долгосрочной основе» - возможны противоречия со ст.41 Конституции РФ и 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» в части касающейся права получения всеми гражданами бесплатной медицинской помощи.  «Разработать обеспеченную ресурсами «Программу развития здравоохранения до 2030 г.» с целями по улучшению здоровья населения и установить законодательно ответственность за ее выполнение руководителей здравоохранения федерального и регионального уровня» - в настоящее время реализуется на межведомственном уровне Государственная программы «Развитие здравоохранения РФ до 2025 года», федеральное бюджетное финансирование которой – более 4 трлн руб., а с учетом софинансирования и межбюджетных трансфертов – более 37 трлн. Если говорить о создании программы, то это несколько преждевременно. Не подведены даже промежуточные итоги реализации текущей. Планировать в дальнейшем следует более долгосрочную программу – до 2035 года.    - Утвердить межведомственную «Программу по охране общественного здоровья до 2030 г» и установить управление этой программой на уровне Правительства РФ» - она входит в качестве подпрограммы в указанную выше Программу (до 2025 года). |
|  | Санкт-Петербург | Самойлова Ирина Геннадьевна | | | Главный врач ФГБУ «Детский научно-клинический центр инфекционных болезней ФМБА» | | По положению 2:  Увеличить государственные расходы на здравоохранение с 3,5% до 6% ВВП 2019 г.2 (с 3,8 трлн руб. до 6,5 трлн руб. к 2022 г. в ценах 2019 г.) Ежегодно дополнительно потребуется около 1 трлн руб., начиная с 2020 г.» - сейчас – 2,9%, но почему увеличить только до 6%? В Великобритании в 2018–2019 финансовом году фактические расходы на здравоохранение составили 7,2% ВВП, в США на 2020–2022 годы на обязательные расходы на здравоохранение предусмотрено 10,1% ВВП ежегодно, во Франции в 2020 году – 8% ВВП. Целесообразно стремиться к таким же цифрам. |
|  | Ненецкий автономный округ | Тимошин Евгений Федорович | | | Директор ООО «Электронные сервисы», председатель РРК | | Предложение по реализации поправок в Конституцию Российской Федерации, в части 1 статьи 72, по пункту «Ж».  В рамках Национальных проектов в сфере здравоохранения всеми субъектами РФ реализуется задача по модернизации первичного звена здравоохранения, оснащение современным оборудованием, включая оснащение и строительство ФАПов. На рынке медицинского оборудования представлено огромное количество мобильного диагностического оборудования с возможностью передачи данных онлайн (анализаторы, отоскопы, рентгены и мамографы, электрокардиографы, стресс-тест системы, холтеровские системы, портативные УЗИ, дерматоскопы, стетаскопы и много другое), использование которого в удаленных медицинских учреждениях в купе с применением телемедицинских технологий (телемедицинские стойки, мобильные аппаратно-программные телемедицинские комплексы и другое) могло бы существенно улучшить качество оказываемой медицинской помощи сельскому населению и оленеводам.  **Предлагаем Министерству здравоохранения РФ сформировать и утвердить необходимый перечень диагностического и телемедицинского оборудования для оснащения первичного звена в отдаленных и труднодоступных населенных пунктах Российской Федерации посредством внесения изменений в соответствующие Стандарты оказания первичной медицинской помощи, Порядок организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий и в Стандарты оснащения участковых больниц, врачебных амбулатории, фельдшерско-акушерского пункта и фельдшерского здравпункта.** |
|  | Республика Адыгея | Хагауджева Мариет Сафарбиевна | | | Заместитель министра здравоохранения Республики Адыгея, член Ассоциации медицинских работников Республики Адыгея | | Внести изменения:  1.В ФЗ от 06.10.2003г №131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» в ст.15 п.12 конкретизировать создание условий для оказания медицинской помощи населению на территории муниципального района следующими пунктами:  -дорожным покрытием подъездов к лечебным учреждениям, и благоустройство прилегающих территорий  -доступность доезда к медицинской организации общественным транспортом на регулярной основе;  -непрерывное поступление электро-, газо-, теплоснабжения;  -услугами связи и интернет;  -гарантированные условия для привлечения врачей и среднего медицинского персонала (предоставление ведомственного муниципального жилья с правом приватизации при работе более 10-ти лет).  2.ФЗ-326 от 29.11.2010г «Об обязательном медицинском страховании»  - ст51.п.12.1 «предоставление единовременных компенсационных выплат медицинским работникам в возрасте до 50 лет, имеющим высшее образование, прибывшим на работу в сельский населенный пункт, либо рабочий поселок, либо поселок городского типа или переехавшим на работу в сельский населенный пункт, либо рабочий поселок, либо поселок городского типа из другого населенного пункта и исполнившим трудовые обязанности в течение 5 лет» необходимо предусмотреть повторную финансовую поддержку работника через 5 лет, если он остается продолжать работу в том же населенном пункте.  - Использование средств субвенций ФФОМС на выполнение Территориальной программы ОМС для компенсации превышения расходов над доходами по межтерриториальным расчетам влечет за собой уменьшение средств на оплату медицинской помощи, оказываемой на территории Республики Адыгея и снижение тарифа стоимости медицинской помощи в системе ОМС РА, что неизбежно влечет снижение доходов при равных объемах. Считаем необходимым:  - или внесение изменений в Методику распределения субвенций, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования, установив дополнительный коэффициент, учитывающий долю расходов на межтерриториальные расчеты в сумме расходов на здравоохранение в бюджете ТФОМС;  -или установление единых базовых тарифов на медицинские услуги на всей территории РФ при осуществлении межтерриториальных расчетов;  - или централизацию на уровне Федерального фонда обязательного медицинского страхования проведение межтерриториальных расчетов.  3. В связи с приоритетным развитием импортозамещения считаем целесообразным проведение централизованных массовых закупок медицинского оборудования (мобильные комплексы, маммографы, рентген аппараты и т.д.), а также санитарного транспорта, в т.ч. легковых автомобилей, на федеральном уровне с последующим распределением по регионам, что позволит в короткие сроки и с максимальной экономией финансовых затрат эффективно оснастить медицинские организации качественным оборудованием и поддержит отечественного товаропроизводителя.  4. Создание на федеральном уровне у одного поставщика универсальной, стандартизованной и единой для всех регионов медико-информационной системы для обеспечения единообразия рабочих процессов всех сотрудников, исключения имеющихся проблем интеграции существующих региональных информационных систем различных поставщиков между собой и с федеральными системами. |
|  | Республика Адыгея | Ковалев Валерий Иванович | | | Пенсионер, Председатель правления Ассоциации медицинских работников Республики Адыгея, член регионального штаба ОНФ | | 1.Лекарственное обеспечение.  -Норматив финансовых затрат на одного гражданина в месяц на обеспечение федеральных льготников лекарственными препаратами на 2019 год составляет 1205 рублей 40 копеек. В связи с тем, что данным законом для граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг (в том числе услуги по лекарственному обеспечению), предусмотрена возможность отказаться от их получения и получать ежемесячную денежную выплату, большинство граждан (около 80 %) ежегодно принимают решение об отказе от получения набора социальных услуг и выбирают денежную компенсацию, а в системе остаются только граждане, нуждающиеся в дорогостоящем медикаментозном лечении. Это приводит к невозможности реализации закона в полном объеме, так как стоимость лекарственной помощи, необходимой сохранившим право гражданам, существенно превышает установленный расчетный финансовый норматив на 1 льготника. Кроме того, при отказе граждан от получения лекарств не соблюдается целевое назначение выделяемых государством средств, так как получив на руки денежную компенсацию («монетизировав» льготу) граждане не всегда направляют эти средства на приобретение лекарственных препаратов и лечение.  Решение данной проблемы возможно при внесении изменения в Федеральный закон от 17.07.1999 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи», не позволяющее гражданам, имеющим право на получение социальной услуги по обеспечению необходимыми лекарственными препаратами, отказаться от ее получения в пользу денежных выплат. |
|  | Республика Адыгея | Чеужева Нателла Садбеевна | | | Главный врач ГБУЗ РА «Адыгейская республиканская клиническая больница», член Ассоциации медицинских работников Республики Адыгея | | 1.Создание медицинских округов, включающих в себя несколько регионов.  В целях повышения доступности медицинской помощи и обеспечения исполнения стандартов и порядка оказания медицинской помощи необходима оптимизация системы здравоохранения региона.  Примером преодоления диспропорции в ресурсном потенциале муниципальных систем здравоохранения и повышения эффективности управления является формирование медицинских округов  Формирование медицинского округа предполагает решение следующих основных задач:  – преодоление непропорционального развития здравоохранения отдельных муниципальных образований, входящих в медицинский округ;  – реструктуризация системы предоставления медицинской помощи на уровне выше муниципального;  – согласованное управление объемами потребления населением медицинской помощи в пределах округа;  – оптимизация структуры медицинской помощи по видам и объемам, соответствующим потребностям населения округа;  – достижение максимальной медико-организационной самодостаточности округа через рациональное использование существующих возможностей лечебной сети медицинского округа и формирование нового уровня предоставления медицинской помощи населению;  – создание равных экономических условий предоставления медицинской помощи через введение единого подушевого норматива финансирования здравоохранения округа (из бюджета и ОМС), единой группировки тарифов и единых правил оплаты медицинских услуг;  – внедрение механизма управления ресурсами на оказание медицинской помощи внутри округа;  – сокращение совокупных и достижение эффективных удельных затрат на предоставление медицинской помощи населению округа;  – формирование единого информационно-технологического пространства для оперативного управления системой предоставления медицинской помощи населению округа.  В этих целях заключается единое соглашение между органами управления здравоохранением и фондами ОМС регионов, предусматривающее не предъявление взаимных финансовых претензий при оказании медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий.  Медицинский округ является добровольным объединением организаций нескольких муниципальных систем здравоохранения с устойчивыми медико-организационными связями на основе Соглашения между главами муниципальных образований о взаимодействии в предоставлении населению медицинской помощи. Участники медицинского округа сохраняют свою юридическую и экономическую самостоятельность.  При формировании несколькими муниципальными образованиями медико-организационного пространства медицинского округа расширяются возможности каждого из них по нескольким направлениям.  Во-первых, медицинский округ позволяет организовать кооперацию муниципальных систем здравоохранения для обеспечения населения медицинской помощью более широкого спектра и большей доступности. При этом «избыточные» (на уровне отдельно взятой муниципальной системы) ресурсы каждого из входящих в округ районов и городов становятся востребованными (полностью или частично) для общих задач оказания медицинской помощи населению округа.  Во-вторых, создание медицинских округов значительно повышает доступность специализированной медицинской помощи. Как уже отмечалось, даже крупные города и районы области (с числом жителей в пределах 100 тысяч человек) не могут обеспечить в границах своих территорий предоставление многих видов специализированной помощи. На базе же объединенных ресурсов округа такая возможность открывается. Группа районов, сформировавших медицинский округ, способна не только сохранить имеющиеся, но и развернуть (на собственной базе) при соответствующей медицинской потребности дополнительные виды специализированной помощи. В результате решается задача снижения нагрузки на вышестоящие (областные) специализированные центры.  2. Лекарственное страхование.  В Кировской области (единственном регионе РФ) успешно реализуется модель лекарственного страхования.  Проект по лекарственному страхованию / обеспечению остается единственным неиспользованный еще резерв для снижения смертности населения – это обеспечение на амбулаторном этапе лечения всех хронических неинфекционных заболеваний. У нас огромная проблема по недостаточному потреблению лекарственных препаратов на амбулаторном этапе не льготниками. Еще агрессивная реклама БАД препаратов парамедицины приводит к самолечению населения. Это все затрудняет диагностику на ранних стадиях, а самое главное, негативно влияет на прогнозы выживаемости.  Лекарственное страхование- не новое изобретение. Проработка модели идет на федеральном уровне с 2008 года. Федеральный фонд ОМС предложил первые модели.  Если посмотреть на систему оказания медицинской помощи, то у нас государственными гарантиями более-менее охвачены первичная профилактика, диспансеризация, центры здоровья, лечение осложнений. А вот самый важный этап- вторичная профилактика – госгарантиями не охвачена.  Работа по этому проекту заключается не только в покупке медикаментов. Необходимо утвердить клинические минимумы, которые описывают лечение того или иного заболевания.  За первый год реализации программы, в которую входило более 7 000 человек, приверженность пациентов лечению достигла 87%. За счет колоссальных скидок на аукционах при закупке лекарственных препаратов Кировской области как пилотному региону удалось вместо 20 заявленных потратить 6 млн. рублей.  Результат: эффективнее стали контролировать симптомы заболевания, за счет чего снизилось количество вызовов скорой помощи и госпитализаций. Кроме того, получили и неожиданный эффект – серьезное снижение смертности населения! Впервые в истории области в муниципальных образованиях, где проводился эксперимент по лекарственному страхованию, показатели смертности стали ниже среднего по области на 10%.  Экономический эффект, который был достигнут за счет того, что система ОМС стала оплачивать меньшее количество госпитализаций и вызовов скорой помощи. При затратах в 6 млн руб. прямой экономический эффект составил практически 15 млн руб. Эта программа оказалась самоокупаемой.  3. Контроль качества и безопасности медицинской помощи.  Ст. 87 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» предусматривает осуществление контроля соблюдения объема, сроков и условий оказания медицинской помощи, контроля качества медицинской помощи фондами обязательного медицинского страхования и страховыми медицинскими организациями в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании.  Согласно части 1 статьи 37 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации" (далее - Закон N 323-ФЗ) с 1 января 2013 года медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи. В соответствии с частью 2 статьи 37 Закона N 323-ФЗ порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.  Считаем целесообразным осуществление контроля качества оказания медицинской помощи вменить разработчикам стандартов и порядков оказания медицинской помощи, а не коммерческими организациями.  4. Юридическая ответственность за свое здоровье граждан.  Статья 27 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» предусматривает обязанность граждан сохранять свое здоровье.  Предлагается предусмотреть административную ответственность за несоблюдение требований 323ФЗ и предусмотреть соответствующие санкции в КоАП.е  5. Предоставление жилья, социальная поддержка медицинских работников.  Президент Российской Федерации Владимир Путин дал поручение региональным властям до 1 августа 2020 года предусмотреть дополнительные меры по обеспечению жильем медиков (врачей), в том числе, работающих на селе. Соответствующее поручение содержится в перечне поручений по реализации Ежегодного послания Федеральному собранию, которое глава государства озвучил 15 января 2020 года.  "Рекомендовать органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации с учетом ранее данных поручений принять дополнительные меры по обеспечению медицинских работников, прежде всего в сельских и городских поселениях с небольшим числом жителей, жилыми помещениями, предусмотрев в том числе предоставление им служебных жилых помещений, оказание поддержки в индивидуальном жилищном строительстве", - говорится в документе.  Региональным властям также поручено принять исчерпывающие меры, направленные на преодоление отставания темпов введения дополнительных мест для детей в возрасте до трех лет в дошкольных образовательных организациях.  Медики, как и остальные жители нашей страны, при соблюдении определенных условий могут участвовать в действующих жилищных программах.  К примеру, молодым семьям врачей можно получить ипотечный процентный кредит на более выгодных условиях. Однако для них предусмотрены и отдельные меры поддержки. Медработникам доступны следующие программы:  • ипотека для медработников;  • ипотека всем молодым специалистам;  • земской (сельский) врач.  Каждая из перечисленных программ помогает решить жилищные вопросы этой категории работников. В первом случае им предоставляются льготные ипотечные займы, позволяющие приобрести жилье.  Не смотря на сниженную процентную ставку на практике, специалисты сталкиваются с проблемой отсутствия финансовых средств на первоначальный взнос. Предлагаем предусмотреть софинансирование (финансирование) из бюджетных средств первичного взноса  Медработникам, не подпадающим под условия для получения ипотеки по одной из программ, должно быть предоставлено жилье служебное. Оно выделяется специалистам на период осуществления их деятельности.  Рассмотреть возможность предоставления социальной ипотеки.  Социальная ипотека для медицинских работников -за заемщиков поручается само государство. Получать кредиты на особых условиях могут не все бюджетники, а только те, кто отвечает определенным условиям.  Социальный ипотечный заем рассчитан на бюджетников разных специальностей. При этом в системе здравоохранения это могут быть не только врачи.  6. Обязанность работодателя проводить производственную гимнастику/зарядку.  Внести поправки в Трудовой кодекс Российской Федерации ст. 22 «Основные права и обязанности работодателя» предусмотрев обязанность работодателя внедрить в трудовой процесс проведение производственной гимнастики либо зарядки в соответствии с методическим пособием, разработанным Министерством спорта Российской Федерации Федеральным государственным бюджетным образовательным учреждением высшего образования «Российский экономический университет имени Г. В. Плеханова» (ФГБОУ ВО «РЭУ им. Г. В. Плеханова») ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ГИМНАСТИКА С УЧЕТОМ ФАКТОРОВ ТРУДОВОГО ПРОЦЕССА. |
|  | Краснодарский край | Любченко Дмитрий Александрович | | | Главный врач ГБУЗ «Наркологический диспансер» Министерства здравоохранения Краснодарского края,  Руководитель Краснодарской краевой  общественной организации  медицинских работников,  Руководитель координационного совета по Южному федеральному округу Союза медицинского сообщества «Национальная медицинская палата»,  Член РШ | | В целях реализации поправок, внесенных в Конституцию Российской Федерации, полагаю необходимым внесение следующих изменений в действующие нормативные правовые акты.  В Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»:   1. Дополнить часть первую статьи 14 пунктами 1.1, 1.2 следующего содержания:   «1.1) установление единых правовых основ системы здравоохранения;  1.2) обеспечение оказания доступной и качественной медицинской помощи, сохранение и укрепление общественного здоровья, создание условий для ведения здорового образа жизни».   1. Дополнить часть первую статьи 16 пунктом 1.1 следующего содержания:   «1.1) обеспечение оказания доступной и качественной медицинской помощи, сохранение и укрепление общественного здоровья, создание условий для ведения здорового образа жизни».   1. Дополнить статью 17 пунктом 1.1 следующего содержания:   «1.1) обеспечение в соответствии с федеральным законом в пределах своей компетенции доступности медицинской помощи».  В Федеральном законе от 06.10.2003 г. № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» пункт 12 части 1 статьи 15 дополнить словами «а также обеспечение в пределах своей компетенции доступности медицинской помощи».  Внесение указанных изменений позволит привести полномочия органов государственной власти и органов местного самоуправление в соответствие с действующей редакцией Конституции РФ.  Также органам местного самоуправления в рамках компетенции необходимо будет разработать собственные нормативные правовые акты по вопросу обеспечения доступности медицинской помощи. |
|  | Ростовская область | Галеев И.В. | | | Главный врач МБУЗ ЦРБ Аксайского района, Председатель Общественного совета при Министерстве Здравоохранения области, член РШ | | I. К органам законодательной власти федерального уровня:  1. Подготовить и внести изменения в Федеральный закон от 17.07.1999 г. №178-ФЗ «О государственной социальной помощи», исключающие возможность отказа граждан от получения набора социальных льгот, что исключает возможности для граждан пользоваться разными видами льгот, как из федерального, так и регионального бюджета и позволит полноценно обеспечить страховой принцип льготного лекарственного обеспечения.  2. Внести следующие изменения в п.3 ст.10 Закона от 13.03.2006 г. №38-ФЗ «О рекламе»: «Заключение договора на распространение социальной рекламы является обязательным для рекламораспространителя в пределах десяти (было пяти) процентов годового объема распространяемой им рекламы (в том числе общего времени рекламы, распространяемой в теле- и радиопрограммах, общей рекламной площади рекламных конструкций)».  II. К органам исполнительной власти федерального уровня:  1. Министерству здравоохранения Российской Федерации внести изменения в программу обучения врачей интернов, учебных ординаторов, аспирантов в медицинских ВУЗах РФ, предусмотрев в ней возможность изучения этико-деонтологических аспектов и психологии взаимоотношений медицинских работников и пациентов, а также вопросов медицинского права.  2. Министерству здравоохранения Российской Федерации внести изменения в приказ Минздравсоцразвития России №650 (ред. От 29.06.2011 г.) «О формах заявок на поставку лекарственных препаратов, предназначенных для лечения больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей», позволяющих субъектам РФ облегчить возможность осуществления заявки на лекарственные средства по торговым наименованиям, предусмотрев такую возможность в первую очередь для больных высокозатратными нозологиями.  3. Разработать нормативный акт, предусматривающий взаимную солидарную ответственность работодателя и медицинской организации, проводящей диспансерные осмотры работающего населения, в случаях некачественного его проведения и невыяления при его проведении патологии при последующем выявлении патологии в средней и выше степенях тяжести.  4. Определить нормативным актом федерального уровня необходимость включения в региональное соглашение между органами исполнительной власти, федерациями профсоюзов и союзами работодателей, следующие пункты:  Работодателям обеспечить:   * 100% охват обязательными предварительными и периодическими медицинскими осмотрами работников вредных профессий; * Проведение периодического медицинского осмотра своих работников 1 раз в 5 лет в центрах профпатологии в соответствии с требованиями приказа МЗ СР РФ от 12.04.2011 г. №302н; * Проведение одного раза в год комплексного обследования в центре здоровья; * Осуществление санитарно-курортного оздоровления работников, занятых на работах с вредными и опасными веществами и производственными факторами; * Создание врачебных здравпунктов, укомплектованных медицинскими работниками и оснащенных оборудованием в соответствии с приложением №1,2,3 к «Порядку оказания медицинской помощи при острых и хронических профессиональных заболеваниях», утвержденному приказом МЗ РФ от 13.11.2012 г. №911н.   Работодателям организовать:   * Проведение гигиенического обучения (по факторам профессионального риска) работников, занятых на тяжелых работах и работах с вредными и (или) опасными условиями труда.   IV. Необходимо создать федеральную программу по созданию условий работы и комфортной жизни медицинских работников на селе. Для этого необходимо законодательно закрепить позитивные практики некоторых территорий, когда в сельских населенных пунктах и районных центрах выделяются средства для строительства ведомственного жилья для медицинских работников, прибывших для работы после окончания ВУЗов или на других условиях. Предоставить право органам муниципального самоуправления принимать решения о передачи ведомственного жилья в собственность медицинским работникам после выполнения ими условий «ценза оседлости» (не менее 7 лет).  V. Считаем необходимым указать, что возрождение субординатуры и интернатуры по отдельным выдам специальностей в медицинском образовании является единственным способом быстрого насыщения отрасли врачебными кадрами по наиболее дефицитным специальностям: инфекционисты, анестезиологи-реаниматологи, врачи терапевтических и педиатрических стационаров, рентгенологи, специалисты ультразвуковой диагностики, врачи эндоскописты, специалисты лабораторного дела и функциональной диагностики, врачи скорой медицинской помощи. Эти специалисты наряду с участковыми терапевтами и педиатрами являются системообразующими при организации первичной медико-санитарной помощи, особенно в сельских территориях Российской Федерации. Без их участия невозможно проведение диспансеризации населения, организации в том числе экстренной амбулаторной и стационарной помощи. При существующей системе образования таких специалистов можно получить только после 8-летнего срока обучения (6 лет до аккредитации и 2 года ординатуры). В случае возрождения функционала субординатуры и интернатуры, сроки подготовки этих специалистов можно сократить на 2 года. |
|  | Республика Дагестан | Асхабалиев Магомед Гаджиевич | | | Заместитель главного врача ГБУ РД «Республиканский противотуберкулезный диспансер». Эксперт РО. | | Признать утратившим силу статью 10 Федерального закона от 18 июня 2001 г. № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» или же разработать подзаконный акт (Постановление Правительства и т.п.) о механизме реализации данной статьи, так как эта статья практически не реализуется со дня принятия указанного закона по сегодняшний день, она только создает конфликтную ситуацию между врачом и больны, решение о госпитализации судом принимается очень долго, нет закрытых медицинских противотурберкулезных организаций для принудительной госпитализации больного до его абациллирования, никто не доставляет больного в стационар, если он этого не хочет, не наступает никакой юридической ответственности больного, если он уйдет из стационара через несколько дней после так называемой «обязательной» госпитализации по решению суда. |
|  | Республика Дагестан | Гаджиева Лайла Хидириевна | | | Врио главного врача ГБУ РД «Городская клиническая больница № 1». Эксперт РО. | | 1. Оказание доступной и качественной медицинской помощи:  - модернизация и укрепление материально-технической базы первичного звена, оснащение современным оборудованием поликлиник городов, районов и сел;  - внесение изменений в нормативные акты, устанавливающие нормативы для амбулаторно-поликлинического звена, в частности: увеличить норму времени приема пациента; уменьшить рекомендуемую численность прикрепленного населения на врачебный участок; увеличить штатную численность медицинского персонала с целью полного охвата осмотров, диспансеризации и раннего выявления, и профилактики заболеваний; создание дополнительных медицинских организаций первичного звена;  - содействие развитию НИИ в субъектах (с особым вниманием к онкологической направленности).  2. Сохранение и укрепление общественного здоровья:  - разработка программ по реструктуризации и модернизации на базе обязательного медицинского страхования системы реабилитационных мероприятий (курортных, санаторных, реабилитационных) в строну увеличения страховых случаев.  3. Созддание условий для ведения здорового образа жизни:  - разработка и финансирование государственной программы, предусматривающей возможность бесплатного и льготного посещения населением каждого региона бассейнов, спортивных залов, фитнес-клубов и др. (для чего запланировать открытие соответствующих государственных учреждений, финансируемых за счет средств ОМС, которые граждане будут посещать по соответствующим направлениям);  - организовать лечебно-оздоровительные кабинеты при каждой поликлинике региона. Кроме того, предусмотреть возможность привлечь к участию в данной программе предприятий частного сектора с долей государственного софинансирования, которые будут принимать население по талонам, выданным в рамках данных программ соответствующей поликлиникой.  4. Социально-ориентированная государственная политика в области здравоохранения:  - разработка государственной программы, ориентированной на социальную поддержку медицинского персонала государственных медицинских учрежедений, направленной на повышение престижа работы в указанной сфере, продвижение приоритета государственных медицинских структур, сохранению высококвалифицированных кадров в стране и в государственном секторе. В рамках программы предусмотреть: выделение бесплатного жилья медицинским работникам; введение льгот по оплате коммунальных услуг; возмещение транспортных расходов, понесенных по служебной деятельности;  - расширение списка лекарственных препаратов, входящих в государственный реестр лекарственных средств;  - предусмотреть систему обязательного медицинского страхования иностранных граждан вне зависимости от региона.  5. Установление единых правовых основ системы здравоохранения:  - в тарифных соглашениях внести единую стоимость КСГ по различным нозологиям вне зависимости от региона;  - закрепление права на бесплатное регулярное обучение, повышение квалификации медицинского персонала, в том числе в НИИ;  - предусмотреть возможность выбора и повышения квалификации или в рамках системы непрерывного медицинского образования в виде индивидуального пятилетнего цикла обучения по соответствующей специальности;  - изменение системы доведения индикативов оплаты труда медицинского персонала путем повышения оклада, как основной части заработной платы. |
|  | Республика Дагестан | Ваджибова Джамиля Курбалиевна | | | Главный врач ГБУ РД «Центральная городская больница городского округа «город Дагестанские Огни». Эксперт РО. | | 1. Обязательная плановая вакцинация всех детей и взрослых;  2. Обеспечение необходимыми медикаментами и средствами ухода всех онкологических больных и больных с орфанными заболеваниями со дня установления диагноза, а не инвалидности;  3. Ввести единую тарификацию по оплате труда медработников в РФ, с достойной зарплатой. |
|  | Республика Ингушетия | Оздоева Марем Сулумбековна | | | Преподаватель Ингушского медицинского колледжа. ЧРШ | | Статья 71, пункт е)  - здесь вопрос здоровья населения становится приоритетной задачей. Реализация данной статьи напрямую влияет на уровень развития системы здравоохранения и финансирования. Результатом должно быть: увеличение заработных плат, создание дополнительных рабочих мест, оснащение больниц, строительство новых специализированных больниц и поликлиник.  - важно закрепление федеральных программ, направленных на науку, воспитание и образование. Это приведет к качественному развитию медицины и её подъему на новый уровень. А установление единых правовых основ здравоохранения является дополнительной гарантией соблюдения прав работников медицины.  **По данным поправкам необходим федеральный закон, Указ Президента РФ и Постановление Правительства РФ, подтверждающие полномочия и регламентирующие действия субъектов России. Обязательно указание объемов финансирования по каждому направлению и источник финансирования, с учетом бюджета региона. И как итоговый документ: приказ Минздрава России с методическими рекомендациями для региональных министерств.** |
|  | Республика Ингушетия | Барханоева Фатима Алихановна | | | Преподаватель ГБОУ СПО «Ингушский Медицинский колледж им. А И. Тутаевой» | | Ст.72, часть1, пункт ж)  **- необходимо результаты работы медиков и системы здравоохранения, достигнутые в рамках борьбы с коронавирусом сохранить и закрепить документально на законодательном уровне. Законодательно закрепить значимость здравоохранения и назначение лица, обеспечивающего государственную политику в области здравоохранения на федеральном и региональном уровне.**  **По данным поправкам необходим федеральный закон, Указ Президента РФ и Указы регионального уровня. Приказ Минздрава России с методическими рекомендациями для региональных министерств.**  Статья 114, часть1, пункт в)  Экономическая ситуация диктует приоритеты финансирования: социальная поддержка населения, финансирование наукоемкой отрасли, включая IT-технологии, медицину и научно-исследовательскую деятельность.  **Поправки гарантируют не только поддержку и финансирование данных отраслей, но и обеспечение граждан образованием и рабочими местами в научно-технологических сферах.**  **Необходимы поправки в ФЗ и Указ Президента РФ. Постановления Правительства РФ.**  Статья 132, часть 1  **Целесообразно в ФЗ указать: качественное и доступное здравоохранение гарантировано всем! Медицина должна быть единой и надёжной во всех регионах страны.**  **Необходимы поправки в законодательство федерального уровня, Постановление Правительства РФ, предусматривающие обеспечение достаточных объемов финансирования местного бюджета в системе здравоохранения.** |
|  | Ставропольский край | Девицкая Полина Александровна | | | Ведущий специалист отдела правового обеспечения министерства здравоохранения Ставропольского края | | Дополнить пункт 1 статьи 15 Федерального закона от 06.10.2003 г. № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» подпунктом следующего содержания:  «обеспечение в пределах своей компетенции доступности медицинской помощи».  Дополнить пункт 1 статьи 16 указанного Федерального закона подпунктом следующего содержания:  «обеспечение в пределах своей компетенции доступности медицинской помощи». |
|  | Республика Башкортостан | Сабирзянова Дамира Шарифьяновна,  Тимербулатов  [Виль Мамилович](https://bashgmu.ru/about_the_university/management/2644/" \t "_blank) | | | Председатель МП РБ,  Председатель  Координационного совета НМП  в приволжском федеральном округе  зав. Кафедрой хирургии с курсом эндоскопии ИДПО Башкирского медицинского университета, Президент Ассоциации хирургов Республики Башкортостан, член-корр. РАН, профессор | | В целях реализации поправок в Конституции Российской Федерации в области здравоохранения предлагается разработать:  1. «Закон РФ о здравоохранении» в виде самостоятельного закона или изменив в ФЗ №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» на «Об основах охраны здоровья граждан и здравоохранении в Российской Федерации». По второму варианту был принят закон в Республике Казахстан.  Федеральный закон 323-ФЗ преимущественно регулирует вопросы оказания медицинской помощи, а вопросы же организации (нормативы, статус и уровень медицинских организаций, планирования и необходимость строительства поликлиник, стационаров, объемы оказания и др.) – приказами МЗ РФ, которые носят только рекомендательный характер для органов исполнительной власти субъектов, муниципалитетов. Вследствие этого также, МЗ, иногда единолично министр здравоохранения могут проводить «реформы», «оптимизацию» здравоохранения.  2. Закон о защите медицинских работников при исполнении своих профессиональных обязанностей- страхование профессиональной ответственности, закон должен содержать механизм реализации защиты. Проблема давно назрела, тем более пандемия COVID-19 показала также необходимость срочного ее решения. |
|  | Республика Мордовия | Зубова Наталья Анатольевна | | | Заместитель главного врача по организационно - методической работе -врач-фтизиатр ГКУЗ Республики Мордовия «Республиканский противотуберкулезный диспансер», член Правления Мордовской Республиканской Общественной Организации «Ассоциация врачей»,  член РШ РО ОНФ. | | МРОО «Ассоциация врачей Мордовия» полностью поддерживала все предложения Национальной медицинской палаты по внесению поправок в Конституцию Российской Федерации. Действующая Конституция была принята в 1993 году в совершенно иных рыночных и политических реалиях. Поэтому некоторые положения Основного закона необходимо привести в соответствие с текущими потребностями и целями развития страны.  Принятые поправки в Конституцию Российской Федерации относительно направления здравоохранения идет о том, что за гражданами Российской Федерации закрепляется конституционное право на получение доступной и качественной медицинской помощи, где бы они ни проживали: в столице, региональном центре, небольшом городе или деревне. Если органы власти не обеспечат людям достойное лечение, это будет восприниматься как нарушение основного закона страны, что и является принципиальным новшеством по сравнению с действующей редакцией Конституции. Кроме гарантий доступной и качественной медицины в Конституции предлагается прописать такое важное понятие, как формирование здорового образа жизни. Хочется отметить, что врачи подчас совершают подвиги, когда в сложных ситуациях спасают жизнь пациенту, но потом мы нередко видим, что пациент возвращается к своим вредным привычкам и всё скатывается обратно. Усилия медиков сводятся на нет. И очень хорошо, что создание условий для ЗОЖ прописывается в Конституции.  На основании вышеизложенного необходимо внести изменения в Федеральныйзакон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Обосновахохраныздоровьяграждан в Российской Федерации», а именно права и обязанности органов власти всех уровней, в том числе органы местного самоуправления, которые обеспечивают в пределах своей компетенции доступность медицинской помощи населению. При этом муниципалитеты в большинстве своем давно лишились собственной медицинской инфраструктуры. Формирования местного бюджета, налогов и сборов, решения вопросов местного значения, новой нормы по обеспечению в пределах своей компетенции доступности медицинской помощи. Это даст основание формированию новой нормативно-правовой базы, которая позволит муниципалитетам по возможности поддерживать свои больницы, поликлиники и ФАПы.  Поправками впервые введены понятия общественного здоровья и ответственности граждан за свое здоровье. Считаем очень важным появление такого пункта в Конституции РФ. Одна из главных задач законодательной работы в реализации данной поправки — это формирование культуры ответственного отношения граждан к своему здоровью и здоровью окружающих. Поправки подразумевают, что государство не только должно обеспечить оказание медицинской помощи, но и создать условия для ведения здорового образа жизни.  Необходимо проработать создание дополнительных условий для занятий спортом и физкультурой для вовлечения людей разного возраста к занятиям физкультурой и активному образу жизни, отказу от вредных привычек.  Необходимо уделить большое внимание к школьным и дошкольным образовательным учреждениям для развития детского спорта (увеличение бесплатных кружков, секций) и воспитания в детях приверженности к здоровому образу жизни, правильному питанию. Это все должно быть закреплено правовыми актами. Дети это наше будущее! И в следствии здоровая нация, здоровая страна!  В связи с дефицитом кадров первичного звена необходимо расширить количество бюджетных мест в медицинских вузах, а «лечебное дело» и «педиатрию» сделать целевыми направлениями. |
|  | Республика Татарстан | Махмутов Чингис Усманович | | | Председатель Общественного совета при Министерстве здравоохранения Республики Татарстан, Член РШ | | **Проблема:** В России изменилась система финансирования здравоохранения. Значительная часть средств в сфере здравоохранения уходят на содержание таких структур как частные страховые компании. С переходом нашего здравоохранения на страховой принцип с участием частных страховых компании, оздоровление нашего населения стало оказанием услуг, наравне с другими услугами. От этого смены понятий и пошла оптимизация, ликвидация инфекционных отделений, переименование государственных учреждений в автономные и тд. Отношение граждан и силовых структур изменилась. Сегодняшняя ситуация в сфере здравоохранения показала, что здравоохранение - это вопрос национальной безопасности и отношение должно быть соответственным.  **Предложение:** Предлагаем с учетом сложившегося опыта в период пандемии, пересмотреть систему финансирования и перейти на сметное финансирование. Кроме этого, учреждения здравоохранения должны быть государственными, так как оздоровление населения является конституционной обязанностью государства. |
|  | Удмуртская Республика | Васильев Вячеслав Александрович | | | Генеральный директор ООО «Прикамский иститут экспертизы,оценки и аудита ИНЭКС,Директор АНО «Диабетический союз Удмуртии»,  Член РШ | | Исполнение, в полном объеме, обеспечения населения льготными лекарственными средствами.  Ввести контроль исполнения в закон о прокуратуре. |
|  | Удмуртская Республика | Васильев Вячеслав Александрович | | | Генеральный директор ООО «Прикамский иститут экспертизы,оценки и аудита ИНЭКС,Директор АНО «Диабетический союз Удмуртии»,  Член РШ | | Создание при Минздраве РФ центра предотвращения ЧС, в том числе разработать противоэпидемическое обеспечение населения в условиях чрезвычайных ситуаций, в том числе при формировании очагов опасных инфекционных заболеваний. |
|  | Удмуртская Республика | Васильев Вячеслав Александрович | | | Генеральный директор ООО «Прикамский иститут экспертизы,оценки и аудита ИНЭКС,Директор АНО «Диабетический союз Удмуртии»,  Член РШ | | Законодательное закрепление базовых показателей оплаты труда медиков.  Уход от понятия «доход».  Определение максимально допустимой нагрузки на работника. |
|  | Удмуртская Республика | Васильев Вячеслав Александрович | | | Генеральный директор ООО «Прикамский иститут экспертизы,оценки и аудита ИНЭКС,Директор АНО «Диабетический союз Удмуртии»,  Член РШ | | Убрать из законодательных документов понятия оказание медицинской услуги, а ввести медицинская помощь. |
|  | Удмуртская Республика | Васильев Вячеслав Александрович | | | Генеральный директор ООО «Прикамский иститут экспертизы,оценки и аудита ИНЭКС,Директор АНО «Диабетический союз Удмуртии»,  Член РШ | | Законодательно определить разделение платной и гарантированной государством медицинской помощи.  Внести изменения (дополнения) в Уголовный Кодекс по введению уголовного наказания за неисполнение оказания бесплатной помощи. |
|  | Удмуртская Республика | Васильев Вячеслав Александрович | | | Генеральный директор ООО «Прикамский иститут экспертизы,оценки и аудита ИНЭКС,Директор АНО «Диабетический союз Удмуртии»,  Член РШ | | Ликвидация системы ОМС. Исключить частные страховые медицинские организации из цепочки доведения государственных средств до медицинских организаций, а их функции распределить между государственными организациями. Территориальные отделения ФОМС сделать финансовыми подразделениями региональных органов управления здравоохранением, изменив их функции. |
|  | Удмуртская Республика | Васильев Вячеслав Александрович | | | Генеральный директор ООО «Прикамский иститут экспертизы,оценки и аудита ИНЭКС,Директор АНО «Диабетический союз Удмуртии»,  Член РШ | | До 2035 года государственные расходы на здравоохранение увеличить до 8% ВВП. |
|  | Удмуртская Республика | Васильев Вячеслав Александрович | | | Генеральный директор ООО «Прикамский иститут экспертизы,оценки и аудита ИНЭКС,Директор АНО «Диабетический союз Удмуртии»,  Член РШ | | Разработать «Программу развития здравоохранения РФ до 2035 г.» с целями, базовыми показателями по улучшению здоровья населения и обеспечить ее необходимыми финансовыми  ресурсами.  Установить **законодательно** **ответственность** за выполнение этой Программы.  Включить разделы:   1. Борьба с инфекционными заболеваниями; 2. Здоровье детей и подростков; 3. Охрана психического здоровья, борьба с наркологической и алкогольной зависимостью; 4. Обучение Российским красным крестом населения правилам оказания первой доврачебной помощи; 5. Подготовка медицинских кадров 6. Экономическое обоснование принятия решений по оптимизации отрасли 7. Внедрение системы оценки эффективности работы. 8. Управление качеством медицинской помощи (КМП). 9. Принятие законодательных актов и программ по завершение бумажного документооборота и цифровизации системы здравоохранения.  * Вертикаль от Москвы до каждого муниципалитета. * Единый программный продукт и железо (компьютеры и периферия). * Современное оборудование. * «Быстрый» Интернет.   Единые требования к кадровому, инфраструктурному и финансовому обеспечению медицинских организаций в части IT –технологий. |
|  | Удмуртская Республика | Васильев Вячеслав Александрович | | | Генеральный директор ООО «Прикамский иститут экспертизы,оценки и аудита ИНЭКС,Директор АНО «Диабетический союз Удмуртии»,  Член РШ | | Восстановить централизованную модель управления здравоохранением и повысить  эффективность управления в Министерстве здравоохранения РФ. а) Централизация муниципального  здравоохранения: подчинение региональных министерств здравоохранения Министерству здравоохранения РФ. б) Принятие ФЗ «О Российском красном кресте».  в) Подчинить Минздраву России санитарно-эпидемиологическую службу Роспотребнадзора РФ. В этих целях вывести эту службу из подчинения Роспотребнадзора РФ и ввести в структуру Минздрава РФ. |
|  | Удмуртская Республика | Васильев Вячеслав Александрович | | | Генеральный директор ООО «Прикамский иститут экспертизы,оценки и аудита ИНЭКС,Директор АНО «Диабетический союз Удмуртии»,  Член РШ | | Разработка законных актов по обеспечению и реализации права граждан на охрану и укрепление здоровья:   * экологическое и санитарно-эпидемиологическое благополучие * условия для   занятий населения физической культурой и спортом   * охрана окружающей среды * благоприятные условия труда, быта, отдыха, воспитания и **обучения граждан**, * производство и   реализация доброкачественных продуктов питания.  Необходимо создать в Правительстве РФ постоянно действующую межведомственную  Комиссию по охране здоровья населения РФ. |
|  | Удмуртская Республика | Мухаметгалеева Екатерина Дмитриевна | | | Руководитель-главный эксперт по медико- социальной экспертизе  ФКУ «ГБ МСЭ по Удмуртской Республике» Минтруда России  Эксперт РО | | Внести изменения в ст11 Федерального закона от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»:  «Индивидуальная программа реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, индивидуальная программа реабилитации или абилитации гражданина в возрасте 18 лет и старше, лишенного дееспособности, имеет для законного (уполономоченного)представителя обязательный для исполнения характер, он не вправе отказаться от того или иного вида,формы и объема реабилитационных мероприятий, а также от реализации программы в целом,в том числе мероприятий медицинской реабилитации или абилитации». |
|  | Удмуртская Республика | Савельев Валерий Семенович | | | Председатель правления общественной организации «Ассоциация главных врачей УР», эксперт РО | | Во исполнение принятых поправок в Конституцию РФ о защите здоровья граждан РФ и увеличение продолжительности жизни:  А) Изменить денежное содержание медицинских работников, привязав оклады к МРОТ.  Предлагаем установить следующте размеры ОКЛАДОВ:   * Врачи- до 4 МРОТ, * для медицинских сестер – до 2 МРОТ. * Для профессорского-преподавательского состава медицинских вузов – до 8 МРОТ.   Б) Внедрить законодательно систему бесплатного лекарственного обеспечения граждан, выписанных врачем. |
|  | Удмуртская Республика | Савельев Валерий Семенович | | | Председатель правления общественной организации «Ассоциация главных врачей УР», эксперт РО | | Привести действующую нормативную базу МЗ РФ в соответствии с действующей Конституцией и законодательством. |
|  | Удмуртская Республика | Савельев Валерий Семенович | | | Председатель правления общественной организации «Ассоциация главных врачей УР», эксперт РО | | В целях повышения качества подготовки медицинских специалистов законодательно утвердить положение об Интернатуре и бесплатной Ординатуре.  Экономически стимулировать сотрудников, желающих защитить кандидатские и докторские диссертации.  Установить персональные надбавки медицинским сотрудникам, имеющим научную степень.  Увеличить финансирование медицинской науки не менее, чем в 3 раза- с 0.04 до 0.12 ВВП. |
|  | Удмуртская Республика | Савельев Валерий Семенович | | | Председатель правления общественной организации «Ассоциация главных врачей УР», РО | | Изменить систему уровневого обслуживания пациентов, предоставив полноту обслуживания пациентов в муниципальные поликлиники.  Произвести корректировку законодательных актов в разрезе передачи прав и обязанностей по лечению больных врачам первого уровня. |
|  | Удмуртская Республика | Савельев Валерий Семенович | | | Председатель правления общественной организации «Ассоциация главных врачей УР», эксперт регионального штаба ОНФ в УР | | Отменить действие ФЗ-44 в разрезе закупки лекарственных средств и медаппаратов, а также медоборудования, отнеся их в отдельный законодательный акт по закупкам. |
|  | Удмуртская Республика | Савельев Валерий Семенович | | | Председатель правления общественной организации «Ассоциация главных врачей УР», эксперт РО | | Отменить действие законодательного акта, подписанного Голиковой, о направлении в обязательном порядке электронных заключений о назначении инвалидности в ФКУ МСЭ г.Москва.  Передать всю данную работу на рассмотрение в субъекты РФ. |
|  | Чувашская Республика | Доманова  Елена Михайловна | | | Генеральный директор медицинского центра «София» | | Пересмотреть законодательство об обязательном медицинском страховании и запретить деятельность частных медицинских страховых компаниях, т.к. финансовые средства не доходят до потребителей. |
|  | Чувашская Республика | Доманова  Елена Михайловна | | | Генеральный директор медицинского центра «София» | | Тарифы на медицинские услуги должны соответствовать себестоимости этих услуг (рентабельность). |
|  | Чувашская Республика | Доманова  Елена Михайловна | | | Генеральный директор медицинского центра «София» | | В Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи конкретизировать виды и формы оказания медицинской помощи. |
|  | Чувашская Республика | Доманова  Елена Михайловна | | | Генеральный директор медицинского центра «София» | | Запретить в государственных медицинских организациях замещение бесплатных медицинских услуг платными в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. |
|  | Чувашская Республика | Доманова  Елена Михайловна | | | Генеральный директор медицинского центра «София» | | Увеличить должностные оклады медицинских работников до уровня средней заработной платы по региону. Приравнять медицинских работников к госслужащим. |
|  | Чувашская Республика | Доманова  Елена Михайловна | | | Генеральный директор медицинского центра «София» | | Определить равные права по пенсионному обеспечению медицинских работников как государственных, так и частных медицинских организаций |
|  | Чувашская Республика | Доманова  Елена Михайловна | | | Генеральный директор медицинского центра «София» | | Осуществление оптимизации, в частности закрытие медицинских организаций, проводить с учетом доступности первичной медико-санитарной помощи на случай чрезвычайных ситуаций. |
|  | Чувашская Республика | Гурьева  Елена Вячеславовна | | | Заместитель директора ООО «МЕДФОДЕНТ ПЛЮС» | | В соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации № 890 от 30.07.1994 г. «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения» обеспечение бесплатными лекарственными средствами детей до трех лет является расходным обязательством регионального бюджета. Как правило, средств субъекта не хватает, большая часть семей с детьми до трех не могут реализовать такое право.  В целях исполнения законодательства необходимо субсидирование из средств федерального бюджета. |
|  | Чувашская Республика | Гурьева  Елена Вячеславовна | | | Заместитель директора ООО «МЕДФОДЕНТ ПЛЮС» | | Создать особые условия аккредитации в системе непрерывного медицинского образования для врачей и других работников медицинской сферы, работающих в сельской местности. |
|  | Пермский край | Куранов Владимир Григорьевич | | | Юрист ПКОО «Профессиональное медицинское сообщество Пермского края,  эксперт РО | | На законодательном уровне определить возможные исходы оказания медицинской помощи с точки зрения понятия качества медицинской помощи. Привести к единым требованиям критерии для оценки качества медицинской помощи на всех уровнях контроля (внутреннем, ведомственном, государственном). Привести систему критериев качества оказания медицинской помощи, содержащуюся в нормативных актах Министерства здравоохранения, к единообразию  в плане терминологии и в соответствие  с клиническими рекомендациями и стандартами медицинской помощи. |
|  | Пермский край | Каракулова Юлия Владимировна | | | председатель правления ПКОО «Профессиональное медицинское сообщество Пермского края, член Общественной палаты Пермского края, проректор по лечебной работе ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А.Вагнера», эксперт ТП «Здравоохранение» РО | | Инициировать принятие Постановления Пленума Верховного Суда Российской Федерации по вопросам рассмотрения уголовных дел  с участием медицинских работников (с позиций конкретизации случаев привлечения медицинских работников к уголовной ответственности:  А) Применение ст. 124 УК РФ (неоказание помощи больному). Уголовная ответственность  по данной статье не должна наступать, если помощь была оказана, пусть и не в полном объеме. Неоказание помощи должно рассматриваться как полное бездействие, когда врач вообще ничего не сделал.  Б) Недопустимость применения  к медицинскому работнику ст. 238 УК РФ. Данная статья предполагает ответственность  за некачественно оказанную услугу. Медицинская услуга в РФ может быть оказана только субъектом, обладающим лицензией (то есть юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем). Отдельно взятый врач медицинскую услугу  не оказывает, он оказывает медицинскую помощь.  В) Недопустимость распространения на всех врачей статуса должностного лица и применения соответствующих составов преступлений. |
|  | Пермский край | Суханов Михаил Сергеевич | | | Заместитель Министра здравоохранения Пермского края,  Член РШ в Пермском крае | | Конкретизировать правовое регулирование случаев оказания медицинской помощи вне медицинской организации, в том числе  в экстренной форме. |
|  | Пермский край | Куранов Владимир Григорьевич | | | Юрист ПКОО «Профессиональное медицинское сообщество Пермского края,  эксперт РО | | Внести изменения в Закон о защите прав потребителей, учитывающие специфику медицинской деятельности при оказании медицинских услуг. |
|  | Пермский край | Конев Роман Андреевич | | | Главный врач краевой больницы им. Е.А.Вагнера,  модератор ТП «Здравоохранение» | | Внести в Федеральный закон N 131-ФЗ более чёткую формулировку об обязанностях муниципалитета в части привлечения и удержания медицинских кадров в районы и в части обеспечения доступности медицинской помощи: транспортная доступность, благоустройство пунктов оказания медицинской помощи, кадровое обеспечение (социальная поддержка медицинских работников (жилье, места в детских садах и др.). |
|  | Пермский край | Суханов Михаил Сергеевич | | | Заместитель Министра здравоохранения Пермского края,  Член РШ | | Закрепить законодательно возможность проведения дистанционных (телемедицина)  и выездных форм оказания медицинской помощи. |
|  | Нижегородская область | Апоян Соломон Айказович | | | Главный врач Нижегородского областного центра по профилактике и борьбе со СПИД,  сопредседатель РШ | | Вернуть интернатуру для всех медицинских специальностей |
|  | Нижегородская область | Романов Иван Николаевич | | | Главный врач ГКБ №30 Нижний Новгород,  Член РШ, модератор тематической площадки «Здравоохранение» | | Вернуть бюджетное финансирование здравоохранения, исключить частные страховые организации, вернуть оплату медицинских организаций по смете |
|  | Самарская область | Сабанцев Олег Валентинович | | | Директор, врач уролог-андролог, сексолог.  НМУ " Диада - лечебный центр ОН и ОНА"  Член Регионального штаба ОНФ в Самарской области, Член комитета Самарского регионального отделения партии «ПАТРИОТЫ РОССИИ» | | Создание сети медицинских центров и врачей, эффективно работающих в первичном звене медицинской помощи, основанное на рыночных отношениях.  Суть проекта заключается в том, что небольшие медицинские организации будут более эффективно способствовать потребностям людей в удовлетворённости и доступности медицинской помощью а так же создадут экономическую эффективность за счёт раннего выявления и профилактики многих заболеваний, в том числе сердечно-сосудистой системы и онкологии.  Цель: Повысить доступность и удовлетворённость в оказании первичной медицинской помощью.  Механизм: Государство (субъект федерации) создаёт заказ на выполнение определённого вида работ по оказанию первичной медицинской помощи, исходя из особенностей территории или демографической ситуации того или иного района, местности, поселения, за определённое вознаграждение (средства ОМС, субъекта, другие источники)  Исполнитель – медицинские организации различной формы собственности, врачи, фельдшера, как физические лица или ИП, обязуются выполнить данный вид работ.  Результат: Повышение доступности и удовлетворённости медицинской помощью. Раннее выявление и профилактика, а так же снижение осложнений и запущенных заболеваний, в том числе от заболеваний сердечно-сосудистой системы и онкозаболеваний. Экономическая эффективность, улучшение демографической ситуации в России. |
|  | Самарская область | Сабанцев Олег Валентинович | | | Директор, врач уролог-андролог, сексолог.  НМУ " Диада - лечебный центр ОН и ОНА"  Член Регионального штаба ОНФ в Самарской области, Член комитета Самарского регионального отделения партии «ПАТРИОТЫ РОССИИ» | | Диспансеризация и медицинские осмотры.  Для улучшения эффективности и экономии средств в здравоохранении предлагаю изменить подход к диспансеризации и медицинским осмотрам.  В настоящее время ответственность за прохождение диспансеризации возложена на медицинских работников, которые всеми доступными способами пытаются выполнить спущенные сверху показатели охвата. Люди же чаще всего отвергают такое навязывание услуг и проходят медицинские осмотры «для галочки», что приводит к возникновению запущенных случаев заболевания, в том числе у лиц, регулярно проходивших такое освидетельствование.  Так же нужно ввести ответственность пациента за прохождение медицинских осмотров и диспансеризации, путем введения различий в наполнение полиса ОМС. Например: прошел диспансеризацию – получай полный пакет, не прошел – только экстренная помощь. Тем самым можно замотивировать граждан на своевременное прохождение медицинских осмотров и диспансеризации. Так же необходимо исключить дублирование медицинский осмотров и диспансеризации, в том числе и для справок на оружие и водительские права.  В то же самое время диспансеризация должна быть дифференцированной, а не уравненной, каждому через 3 года.  На самом деле, зачем молодому, здоровому юноше раз в 3 года посещать врача, вполне достаточно и 1 раза в 5, а может быть и 10 лет, а некоторым категориям необходимо обследование гораздо чаще, может быть даже ежегодно.  Так же целесообразно разделить людей по категориям здоровья и в зависимости от категории назначать сроки прохождения очередной диспансеризации.  Объем обследования тоже может быть дифференцированным, более или менее объемным в зависимости от возраста, состояния, здоровья, наличия хронических заболеваний той или иной системы организма.  С такой задачей может справиться только врач, непосредственно курирующий человека и отвечающий за его здоровье.  То есть экономически замотивированный врач, или медицинская организация будут более эффективны в новой модели здравоохранения, чем сегодняшняя громоздкая, затратная, построенная ещё в Советском Союзе командно-административная система здравоохранения. |
|  | Самарская область | Сабанцев Олег Валентинович | | | Директор, врач уролог-андролог, сексолог.  НМУ «Диада - лечебный центр ОН и ОНА»  Член Регионального штаба ОНФ в Самарской области, Член комитета Самарского регионального отделения партии «ПАТРИОТЫ РОССИИ» | | Кадровый дефицит в здравоохранении.  В настоящее время медицинские ВУЗы выпускают достаточное количество выпускников, которое способно перекрыть дефицит кадров за несколько лет. Но многие выпускники так и не устраиваются работать в медицинские учреждения, и затраты на их обучение пропадают.  Сейчас всё больше говорят о необходимости введения распределения выпускников медицинских ВУЗов, как в Советское время. Однако никакое насильственное распределение, а так же финансовые обязательства никогда не заставят человека работать там, где он не хочет. Труд должен быть свободен.  Поэтому, отработав определённое время, или возвратив «миллион» врачи будут уезжать в более комфортные условия.  Вследствие этого, предлагаю вместо распределения выпускников, устраивать своеобразную «ярмарку вакансий», где на конкурсных условиях, по рейтингам выпускников, путем заключения определённого договора, с чётко прописанными в нём условиями труда и быта, приезжали бы рекрутеры из различных регионов и боролись бы за выпускников, предоставляя им наиболее выгодные условия труда и проживания. |
|  | Самарская область | Мокина Наталья Александровна | | | Главный врач ГБУЗ «Самарский областной детский санаторий «Юность»  Член Регионального штаба ОНФ, Самарская областная ассоциация врачей, Европейское респираторное общество, Российское дворянское собрание | | 1. Подготовка своих и или привлечение квалифицированных медицинских кадров врачебного сестринского корпуса в систему здравоохранения, на всех ее этапах.  2. Привлечение (миграция) квалифицированных медицинских кадров врачебного сестринского корпуса в систему здравоохранения, на всех ее этапах.  3. Развитие коммуникативных навыков у студентов и врачей путем внедрения инновационных форм психолого-педагогической подготовки в вузах.  4. Возобновление этапной цепочки поликлиника-стационар-санаторий.  5. Создание и укрепление профессиональных сообществ экспертов во всех сферах для разработки и регулярного обновления клинических рекомендаций для всех звеньев цепочки поликлиника-стационар-санаторий.  6. Развитие бенчмаркинга стажировки и внедрение лучших практик в разные сферы здравоохранения.  7. Воспитание у населения культуры ЗОЖ, в том числе с использованием социальной рекламы по ЗОЖ.  8. Воспитание у населения приверженности к движению спорту здоровому питанию и оздоровительным технологиям  9. Воспитание у населения приверженности к рекреационным факторам оздоровления (здоровье через культуру, прикладное творчество, и др.).  10. Развитие и продвижение региональных здравниц. |
|  | Саратовская область | Савинов Тимур Хакбердиевич | | | Главный врач ГУЗ Саратовская городская поликлиника №17, Член регионального штаба ОНФ, Руководитель площадки Здравоохранение | | 1. Создание медицинского кодекса РФ 2. Законодательно определить понятие «доступность медицинской помощи», в частности, что она в себя включает, например транспортная, отсутствие специалиста, очередь и т.д. 3. Законодательно ввести понятие «стандарт качества медицинской помощи сопряженного с наличием медицинской аппаратуры и оборудования 4. Законодательно закрепить в ОМС лекарственного обеспечения пациентов за счет страхового полиса ОМС 5. Законодательно закрепить «сроки» медицинской помощи: неотложной, скорой, экстренной 6. Законодательно утвердить профессиональные стандарты для конкретных медицинских организаций: стационар, поликлиника, диспансер, скорая помощь   Внести в законодательство ответственность граждан РФ за свое здоровье |
|  | Ульяновская область | Караулова Валентина Герасимовна,  А.В. Минаева | | | Председатель Ассоциации  содействия развитию  здравоохранения  «Медицинская Палата  Ульяновской области»,  Главный врач  ГУЗ «ДГКБ г. Ульяновска» | | В рамках реализации принятых поправок к Конституции Российской Федерации, Медицинская Палата Ульяновской области после проведенных обсуждений направляет следующие предложения, внесенные трудовыми коллективами государственного учреждения здравоохранения «Ульяновский областной клинический медицинский центр оказания помощи лицам, пострадавшим от радиационного воздействия, и профессиональной патологии имени героя Российской Федерации Максимчука В.М.», государственного учреждения здравоохранения «Областной центр профилактики и борьбы со СПИД», государственного учреждения здравоохранения «Детская городская клиническая больница г.Ульяновска»:  **1.Предложения, внесенные трудовым коллективом государственного учреждения здравоохранения «Ульяновский областной клинический медицинский центр оказания помощи лицам, пострадавшим от радиационного воздействия, и профессиональной патологии имени героя Российской Федерации Максимчука В.М.».**  В целях координации вопросов здравоохранения, в том числе обеспечение оказания доступной и качественной медицинской помощи, сохранение и укрепление общественного здоровья, создание условий для ведения здорового образа жизни, формирования культуры ответственного отношения граждан к своему здоровью, внести изменения в постановление Правительства Российской Федерации от 15 декабря 2000 года №967 «Об утверждении Положения о расследовании и учете профессиональных заболеваний» согласно приложению.  Изменения,  которые вносятся в постановление Правительства Российской Федерации от 15 декабря 2000 г. №967  **1.** В разделе «Порядок установления наличия профессионального заболевания» включить пункт следующего содержания:  «Работодателям организовать работу по направлению на периодические медицинские осмотры в Центры профессиональной патологии работников, занятых на работах во вредных и (или) опасных условиях труда при стаже работы 5 лет во вредных условиях труда (подклассы 3.1 – 3.4, класс 4), с последующим проведением периодических медицинских осмотров у данной категории работников в Центрах профессиональной патологии один раз в пять лет».  **2.** В разделе «Порядок расследования обстоятельств и причин возникновения профессионального заболевания» пункт 26 дополнить абзацем №3 следующего содержания:  «Установить срок проведения расследования обстоятельств и причин возникновения профессионального заболевания не более 3-х месяцев со дня создания комиссии по расследованию профессионального заболевания».  **2.Предложения, внесенные трудовым коллективом государственного учреждения здравоохранения «Областной центр профилактики и борьбы со СПИД» и государственного учреждения здравоохранения «Детская городская клиническая больница г.Ульяновска»**  *Блок А: Наличие плода у женщин – их беременность*  1. Действующее законодательство РФ наделяет правами человека лишь с момента рождения: п. 2 ст. 17 Конституции РФ: "Основные права и свободы человека неотчуждаемы и принадлежат каждому от рождения" В соответствии со статьей 53 «Рождение ребенка» Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» «моментом рождения ребенка является момент отделения плода от организма матери посредством родов».  В то же время, Декларация прав ребенка, принятая Резолюцией 1386 (XIV) Генеральной Ассамблеи ООН от 20 ноября 1959 г., в преамбуле подчеркивает: "Ребенок ввиду его физической и умственной незрелости нуждается в специальной охране и заботе, включая надлежащую правовую защиту, как до, так и после рождения».  **Предложение** дополнить часть первую статьи 27 ФЗ № 323-ФЗ «Обязанности граждан в сфере охраны здоровья», где говорится о том, что граждане обязаны заботиться о сохранении своего здоровья вторым предложением: «женщины, имеющие беременность, обязаны заботиться о сохранении своего плода (после достоверно установленного факта его сердцебиения) и принимать меры к благополучному вынашиванию беременности».  2. Несовершенство законодательства в части обязательности диспансерного наблюдения  В соответствии с п.2. статьи 27 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" граждане в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, обязаны проходить медицинские осмотры, а граждане, страдающие заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, обязаны проходить медицинское обследование и лечение, а также заниматься профилактикой этих заболеваний.  **Предложени**я по изменению действующего законодательства в части установления обязанностей отдельных категорий ВИЧ-инфицированных лиц  **2.1.** Дополнить Федеральный закон от 30.03.1995 N 38-ФЗ "О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)" статьей 14.1. следующего содержания:  «Статья 14.1. Обязанности отдельных категорий ВИЧ-инфицированных лиц при оказании им медицинской помощи  ВИЧ-инфицированные женщины, имеющие беременность, а также женщины, имеющие ребенка (детей) до достижения ими возраста 18 месяцев обязаны проходить лечение и профилактическое наблюдение, направленное на профилактику передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку в специализированных медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь ВИЧ-инфицированным лицам».  **2.2.** Дополнить Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях" от 30.12.2001 N 195-ФЗ статьей 5.35.1. следующего содержания: «Статья 5.35.1 Отказ от лечения и диспансерного наблюдения женщины, имеющей заболевание ВИЧ-инфекцией Отказ, без уважительных причин, ВИЧ-инфицированной женщины, имеющей беременность, а также ВИЧ-инфицированной женщины, имеющей ребенка (детей) до достижения ими возраста 18 месяцев от прохождения лечения и профилактического наблюдения, направленного на профилактику передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку в специализированных медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь ВИЧ-инфицированным лицам  -влечет предупреждение или наложение административного штрафа в размере от одной тысячи до двух тысяч рублей. Здесь нужно оценивать и тот факт, что значительная часть женщин, не встающих на учет в женской консультации, и соответственно, не являющиеся на диспансеризацию в региональный Центр СПИД, являются наркозависимыми, т.е. они могут не явиться на судебное заседание, могут быть трудности и с исполнением решения суда.  **2.3.** Дополнить п.22 Приказ Минздравсоцразвития России от 23.12.2009 N 1012н «Об утверждении Порядка и условий назначения и выплаты государственных пособий гражданам, имеющим детей», регулирующий выдачу справки для назначения пособия в размере 300 рублей при постановке на учет в женской консультации на раннем сроке беременности, вопросом касающимся ВИЧ-инфицированных женщин.  «22. Для назначения и выплаты единовременного пособия женщинам, вставшим на учет в медицинских организациях в ранние сроки беременности, представляется справка из женской консультации либо другой медицинской организации, поставившей женщину на учет в ранние сроки беременности (далее - справка о постановке на учет в ранние сроки беременности). Для женщин с выявленной ВИЧ-инфекцией указанная справка выдается после предоставления документов (справки), подтверждающих прохождение диспансерного наблюдения в специализированной организации, оказывающей помощь ВИЧ-инфицированным лицам.».  ***Блок Б: Рождение ребенка – первый год жизни***  1. Нет регламентирующих нормативных актов Российской Федерации по наблюдению за детьми первого года жизни. Приказ Минздрава СССР от 19 января 1983 г. № 60 регулировал вопросы по сопровождению новорожденных только в первые три дня после выписки из родильного дома.  **Предложение** по изменению действующего законодательства - издать нормативно-правовой акт по утверждению порядка сопровождения новорожденных детей в первый год жизни.  ***Блок В: Детство ребенка до 18 лет***  1. Многочисленные, ничем не регламентированные, по сути перекладывающие с соответствующей организации на медицинского работника функциональные обязанности органов Опеки, КПДН и т.п.  **Предложение:** заключение межведомственных соглашений с четким разграничением функциональных обязанностей соответствующего подведомственного учреждения.  2. Отвлечение медицинских работников от несвойственных им функциональных обязанностей. При проведении олимпиад, соревнований, зачастую проходящие в не рабочее время или в выходные и праздничные дни, в калькуляцию мероприятия не включаются услуги медицинского работника, что ведёт к возрастанию финансовой нагрузки на учреждение.  При издании Распоряжений Минздрав Ульяновской области, чаще всего указывает на безвозмездное проведение того или иного мероприятия, при этом, вышеназванные услуги, не входят в тарификацию в системе ОМС, при этом, нарушить действующее трудовое законодательство или не исполнить Распоряжение учредителя ЛПУ не может.  Данная проблематика связана и с ежегодной летней оздоровительной кампанией – школы и центры детского творчества не закладывают в калькуляцию пришкольного детского лагеря расходы на оплату труда медицинского работника.  **Предложение:** заключить межведомственные соглашения с Министерством образования Ульяновской области и Управлением образования города Ульяновска об обязательном включении в калькуляцию услуг медицинских работников, для участия в мероприятиях не входящих в тарификацию в системе ОМС, при этом следует учитывать среднюю оплату труда работников, начисляемую согласно Указу Президента РФ от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики».  3. После отмены Приказа Минздрава РФ от 05.05.1999 № 154 «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста» отсутствует порядок передачи детей, достигших 18-летнего возраста, и медицинской документации на них из детских амбулаторно-поликлинических учреждений в амбулаторно-поликлинические учреждения общей сети.  Предложение - издать нормативно-правовой акт по утверждению порядка передачи детей, достигших 18-летнего возраста, и медицинской документации на них из детских амбулаторно-поликлинических учреждений в амбулаторно-поликлинические учреждения общей сети.  ***Блок Г: Дошкольно/школьный этап***  1. Изучая приказ МЗ РФ от 07 марта 2018г № 92н (приложение №5) и сравнив его с предыдущим приказом МЗ РФ от 16 апреля 2012г №366н (приложение №6) возникает вопрос об отсутствии в новом приказе норматива численности врачей педиатров и медицинских сестёр для отделения организации медицинской помощи детям в образовательных учреждениях (детские сады и школы).  Следует ли расценивать это как новый подход к подушевному финансированию медицинских учреждений из средств ОМС?  Получается при отсутствии норматива - ЛПУ не имеет права выплачивать зарплату данной категории работников из средств ОМС и, если это так, необходимо рассмотреть вопрос о другом источнике финансирования для врачей педиатров и медицинских сестёр детских садов и школ?  Следует заметить, что до мая 2009года, медицинские сёстры детских садов были в штате дошкольных учреждений, зарплата медработника финансировалась из средств бюджета, заведующие отделениями ДШО ЛПУ осуществляли методическое руководство.  ***Возможное предложение*:** при необходимости сохранения данной категории работников в детских садах и школах необходимо рассмотреть вопрос об изменении источника финансирования, иначе при контрольно-ревизионных мероприятиях со стороны ТФОМС может возникнуть вопрос о нецелевом использовании средств ОМС на заработную плату врачей-педиатров, фельдшеров и медицинских сестёр детских садов и школ. |
|  | Курганская область | Гончарук Эдуард Валерьевич | | | Заместитель главного врача по детской хирургии ФГБУ «РНЦ «ВТО» им. Г.А. Илизарова МЗ РФ, Член РШ | | 1. Предлагаем внести изменения в действующее законодательство, предусматривающие исключения из полномочий органов государственной власти субъектов Российской Федерации вопросов обеспечения лекарственными препаратами для лечения редких (орфанных) заболеваний и отнесение их к полномочиям Российской Федерации, осуществление которых передается органами государственной власти субъектов Российской Федерации с предоставлением в установленном порядке субвенций из федерального бюджета.  Постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июля 1994 года № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и медицинского назначения» закреплены обязательства органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации по обеспечению граждан Российской Федерации лекарственными средствами и медицинскими изделиями на региональном уровне. Предлагаем внести изменение в действующее законодательство в части обеспечения граждан Российской Федерации лекарственными средствами и медицинскими изделиями, имеющих право на льготу в соответствии с Постановлением 890 за счет средств федерального бюджета.  2. В настоящее время согласно части 7 статьи 35 Федерального закона в структуру тарифа на оплату медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, включаются, в том числе, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.  Вместе с тем, выполнение стандартов и порядков оказания медицинской помощи, предусматривает использование и оборудования, стоимость которого превышает 100 000 рублей. В таком случае его приобретение осуществляется за счет средств региональных бюджетов, при том, что средства обязательного медицинского страхования на указанные цели остаются не использованными.  На основании вышеизложенного, Департамент здравоохранения Курганской области полагает целесообразным инициировать перед Государственной Думой Федерального Собрания Российской Федерации рассмотрение вопроса о внесении изменений в Федеральный закон о разрешении закупки без ограничения суммы (оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря), приобретение которых включается в тариф на оплату медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования.  3. Наделить медицинских работников особым статусом (по аналогии с государственной службой), предусматривающим пакет социальных гарантий и единый подход к заработной плате, но содержащий запрет на занятие медицинской деятельностью в частной системе здравоохранения одновременно с работой в государственной системе здравоохранения.  4. Предоставить целевые места для обучения студентов субъектов Российской Федерации по программам специалитета и ординатуры в соответствующем федеральном округе, с правом прохождения специализации на базах крупных городских, областных и краевых медицинских стационаров. Промежуточные и итоговые экзамены проводить на базе региональных медицинских ВУЗов.  5. Увеличить размер единовременной компенсационной выплаты по программам «Земский доктор» и «Земский фельдшер» для всех медицинских работников Курганской области, трудоустраивающихся в сельскую местность и города с населением до 50 тыс. человек (врачам с 1 млн. руб. до 1,5 млн. руб., фельдшерам с 0,5 млн. руб. до 0,75 млн. руб.) без привязки к труднодоступным и удаленным населенным пунктам.  6.Закрепить за субъектами Российской Федерации право установления квоты приема на целевое обучение по образовательным программам среднего профессионального образования.  7. Разрешить ординаторам, успешно сдавшим промежуточный экзамен, заниматься практической медицинской деятельностью в государственных медицинских учреждениях на должности дежурного врача или в первичном амбулаторном звене по профилю специализации ординатуры. Либо восстановить интернатуру.  8. Закрепить возможность переподготовки медицинских сестер по специальности «Лечебное дело» в очно-заочной форме.  9. Возобновить подготовку специалистов по специальности «Стоматология» в средних образовательных организациях. Необходимо вернуть Федеральный государственный стандарт по специальности «Стоматология», внести изменения в Приказ Министерства образования и науки РФ от 29.10.2013г № 1199 «Об утверждении перечней профессий и специальностей среднего профессионального образования» в части включения в перечень специальность «Стоматология». |
|  | Свердловская область | Левинва Ирина Анатольевна | | | Директор Свердловского областного медицинского колледжа, Сопредседатель РШ ОНФ | | Изменение возраста, в котором можно приобретать алкоголь с 18- на 21 год. А время продажи алкоголя в торговых точках наоборот снизить до 20 час, (вместо 23 ).  Это ограничение позволит уменьшить злоупотребление алкоголем и создаст условия для увеличения продолжительности жизни и повышения ее качества. (По данным проспективных исследований, проведенных ВОЗ, злоупотребление алкоголем снижает количество лет здоровой жизни на 17 лет, кроме того, в Свердловской области и в ряде других регионов, зафиксирован рост алкогольных кардиомиопатий.) |
|  | Свердловская область | Левинва Ирина Анатольевна | | | Директор Свердловского областного медицинского колледжа, Сопредседатель РШ ОНФ | | Для поддержки и создания доступной среды для формирования ЗОЖ и повышения ответственности за свое здоровье - для Курильщиков (неоднократно консультированных врачом по отказу от курения , имеющим запись в истории болезни о назначенной никотинзаместительной или другой терапии , в соответствии с принципами медицины, основанной на доказательствах, ) часть медицинских услуг , кроме неотложной помощи, проводить с частичным возмещением стоимости оказанных услуг. Ввести запрет на курение (даже в личном транспорте) рядом с детьми, особенно в ограниченном пространстве. Ужесточить наказание, увеличить штрафы за продажу алкоголя и табака детям и молодым людям, не достигшим разрешённого Законом возраста. |
|  | Тюменская область | Алборов Робинзон  Григорьевич | | | Руководитель научно- практического медицинского центра» Уро-Проф», доцент кафедры общей хирургии ТюмГМУ.  Эксперт РИК ОНФ в области здравоохранения. | | 1. Ликвидировать ФОМС 2. Запретить всем без исключения муниципальным и федеральным медучреждениям оказывать платную медицинскую помощь гражданам РФ. 3. Обязать всех работающих граждан иметь полис ДМС 4. Принять закон о наставничестве в медицинской практике.   Работу в лицензированном частном (ИП, ООО, ОАО и т д.) медицинском учреждений считать, как настоящий медицинский стаж (особенно перед уходом на пенсию) |
|  | Тюменская область | Шабалина Елена Юрьевна | | | Руководитель отдела психологического консультирования ТРОО ЦЗМ «Покров», психолог,  член Общественной палаты Тюменской области  Эксперт РИК ОНФ в области здравоохранения. | | Внесение изменений в Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 08.06.2020) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации",  **Статья 56. Искусственное прерывание беременности.**   1. Исключить из закона 323-ФЗ статью 56, дающую право женщине самостоятельно, без учёта мнения отца ребёнка, прародителей, интересов семьи решать вопрос о материнстве. Это стратегическая задача по решению демографической проблемы России. 2. Ввести в процедуру искусственного прерывания беременности право мужчины-отца ребёнка быть, как минимум, проинформированным о его судьбе. Ввести в текст статьи обязательное **информирование отца ребёнка** (ст.56, п.1).   И убрать из текста статьи слова «по желанию женщины»: «Каждая женщина самостоятельно решает вопрос о материнстве **при информировании отца ребёнка.** Искусственное прерывание беременности проводится ~~по желанию женщины~~ при наличии информированного добровольного согласия».   1. Изменить срок беременности, до которого можно искусственно её прерывать с 12 до 7-8 недель (ст.56, п. 2):   «Искусственное прерывание беременности по желанию женщины проводится при сроке беременности до **восьми** ~~двенадцати~~ недель». |
|  | Тюменская область | Медведев Андрей Александрович | | | Врач акушер-гинеколог НУЗ «Отделенческой больницы на станции Тюмень ОАО «РЖД»  Член регионального штаба, модератор тематической площадки «Здравоохранение» | | - создание единых тарифов ОМС по стране с дальнейшим изменением системы ОМС в виде создания федерального фонда с сокращением или роспуском посредников, так как на сегодня, основным источником дохода для медицинских учреждений является страховая система;  - централизация медицины с доплатой в каждом регионе в зависимости от уровня жизни;  - приоритет социально ориентированной политики для дошкольного, школьного образования, и медицины; |
|  | Тюменская область | Чуйко Роман Сергеевич | | | Руководитель РИК ОНФ в Тюменской области | | Дополнить Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ новой статьей «Об альтернативных вариантах сохранения беременности для женщин из группы риска», которая будет регламентировать материальное сопровождение беременности (ежемесячные выплаты), а также поиск и подбор новой семьи для родившегося ребенка. После рождения ребенка установить срок – 3 дня (за исключением медицинских показаний) для возможности матери принять решение об оставлении ребёнка себе, при условии 100% возврата дополнительных средств, выплаченных государством за период беременности. |
|  | Тюменская область | Илюшина Любовь Ивановна | | | Председатель Тюменского регионального отделения Общероссийской общественной организации инвалидов «Российская ревматологическая ассоциация «Надежда», активист ОНФ | | В Конституцию Российской Федерации внести следующие «медицинские» поправки:  в части 1 статьи 72: в совместном ведении Российской Федерации находятся пункт ж) - присвоить ревматическим заболеваниям статус социально-значимых. Внести изменения в Перечень социально значимых заболеваний, утвержденный Постановлением Правительства РФ от 1 декабря 2004 г. № 715 "Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих". В обновленной редакции (ред. от 31.01.2020) Постановления имунновоспалительные ревматические заболевания не включены в ПЕРЕЧЕНЬ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.  1. Инициировать изменение Постановления Правительства РФ от 30.07.1994г. № 890 в части в приложение № 1 к указанному постановлению следующие изменения:  а) в абзаце шестидесятом раздела «Группы населения» слова «Ревматизм и ревматоидный артрит, системная (острая) красная волчанка, болезнь Бехтерева» заменить словами «Острая ревматическая лихорадка и ревматоидный артрит, системная красная волчанка, анкилозирующий спондилит, псориатические артропатии, юношеские (ювенильные) артриты, системные васкулиты (микроскопический полиангиит; гранулематоз с  полиангиитом), болезнь Бехчета, синдром Шегрена, системная склеродермия, дерматомиозит/полимиозит, смешанное заболевание соединительной ткани».  1.1. В графе «Перечень лекарственных средств и изделий медицинского назначения»:  а) в абзаце сороковом слова «Стероидные гормоны, цитостатики,  препараты коллоидного золота, противовоспалительные нестероидные препараты, антибиотики, антигистаминные препараты, сердечные гликозиды, коронаролитики, мочегонные, антагонисты Ca, препараты K, хондропротекторы» заменить словами «Глюкокортикостероиды, противоопухолевые препараты и иммунодепрессанты, противоопухолевые средства - антитела моноклональные, иммунодепрессивные средства (иммуносупрессоры, селективные иммунодепрессанты), интерлейкина ингибиторы, фактора некроза опухоли-альфа (ФНО-альфа) ингибиторы, сульфасалазин, препараты для лечения заболеваний костно-мышечной системы, противомикробные препараты системного действия, антигистаминные средства системного действия, препараты для лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы, препараты для лечения малярии»;  1.2. Обеспечить возможность льготного лекарственного обеспечения людей с ревматическими заболеваниями вне зависимости от статуса "инвалид" путем внесения изменений в Постановление Правительства ПП №890. Проект изменений в Постановление Правительства в прикрепленном файле.  2. внести предложения Ассоциации Ревматологов России и ОООИ «Российская ревматологическая ассоциация «Надежда»» по внесению изменений в Постановления Правительства РФ от 30.07.1994г. № 890 от 9 июля 2019 (исх №20вн) при реализации Перечня поручений Президента Российской Федерации по итогам совещания по повышению эффективности системы лекарственного обеспечения от 17.12.2018 № Пр-2420, при разработке соответствующего проекта «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам лекарственного обеспечения граждан», а так же при поправке остальных подзаконных актов о пересмотре перечня заболеваний и состояний, при которых будет возможно льготное обеспечение лекарственными препаратами;  Рассмотреть возможность разработки и включения в государственную программу Российской Федерации «Развитие здравоохранения» подпрограммы «Предупреждение развития инвалидности», предусматривающей льготное лекарственное обеспечение генно-инженерными биологическими препаратами и иммунодепрессантами пациентов с ревматическими заболеваниями, не имеющих инвалидности;  - рассмотреть возможность разработки федерального национального проекта по ревматологии;  - включить в списки ЖНВЛП все современные лекарственные средства для лечения ревматологических пациентов;  - рассмотреть вопрос о включении в амбулаторный перечень территориальных программ государственных гарантий инновационных препаратов для лечения больных с ревматическими заболеваниями, основываясь на результатах фармако-экономического анализа;  - внести необходимые изменения в работу схем и алгоритмов взаимозаменяемости оригинальных генно-инженерных биологических препаратов и их аналогов «биосиммиляров»;  - обеспечить обучение студентов высших медицинских учебных заведений на базе ведущих ревматологических стационаров страны по специальности «ревматология»;  - рассмотреть возможность обеспечения больных воспалительными ревматическими болезнями лекарственной терапией по схеме: «стационар» - «поликлиника» - «стационар»;  - обеспечить поддержку Общероссийского регистра больных ревматоидным артритом и создание регистров больных другими воспалительными ревматическими болезнями, позволяющий проводить анализ данных касающихся безопасности и эффективности терапии, фармаконадзор в т ч. инновационных препаратов и применения их в реальной клинической практике и контроля распространения заболеваний в РФ;  Внести изменения в классификацию и критерии КиК инвалидности с учетом оценки состояния пациента с использованием современных методов определения активности заболевания и степени ограничения функции организма, а так же особенностей течения различных РЗ. [Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 27 августа 2019 г. N 585н](garantF1://72921006.0)  ["О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы"](garantF1://72921006.0). Признать утратившими силу: [Приказ](garantF1://71209914.0) Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 17 декабря 2015 г. N 1024н "О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 20 января 2016 г., регистрационный N 40650);  - внести дополнение в Приложение 2 к распоряжению Правительства РФ от 23 октября 2017 г. №2323-р « Перечня лекарственных препаратов для медицинского применения, в том числе лекарственных препаратов для медицинского применения, назначаемых по решению врачебных комиссий медицинских организаций (льготное обеспечение федеральных льготников, имеющих группу инвалидности) следующих лекарственных препаратов: микофенолата, мофетил, микофеноловая кислота, гидроксихлорохин, лефлуномид, алендроновая кислота, колхицин;  - 900н МЗ РФ.от 12 ноября 2012 г. «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «ревматология».  1.Комиссии по организации ревматологической службы при АРР детально проанализировать положения приказа и проработать изменения.  2. В круглосуточных стационарах ревматологического центра (РЦ), обычно не хватает коек, возможно, из-за недостатка площадей  3. В рекомендуемых нормативах приказа, исходя из численности населения в регионе, городе не прописано количество коек в больнице в круглосуточном стационаре ревматологического центра. Обычно, в большинстве регионов пациенту трудно пройти на госпитализацию для полноценного обследования и лечения.  4. В рекомендуемых нормативах приказа, исходя из численности населения в регионе, городе не прописан полноценный дневной стационар не только для лечения ГИБП, чтобы в рамках госпитализации можно было пройти необходимые полноценные обследования, скорректировать терапию.  5. Обеспечение граждан с РЗ лечебной физкультурой (ЛФК) на всех стадиях лечения ОТСУТСТВУЕТ. В медицинских стандартах, согласно приказа МЗ РФ № 1132н, в который включены «Немедикаментозные методы профилактики, лечения и медицинской реабилитации»: физиолечение, ЛФК как групповое, так и индивидуальное, механотеропия, массаж роботомеханотерапия, и др., как способ обязательного лечения пациентов с РЗ. В нормативах приказа прописана реабилитация, но она малодоступна. Отсутствие реабилитации сказывается и на функциональной его активности;  - включить в нормативы и подготовку кадров: врачей-ревматологов, медицинских сестер, врачей-реабилитологов, врачей ЛФК, а не физкультурников без медицинского образования, маршрутизация пациента;  - в случае тяжелого заболевания лежачего или с ОВ пациента с РЗ необходимо предусмотреть в нормативах дежурный консультативный вызов по ОМС врача- ревматолога для дальнейшей тактики обследования и лечения больного;  - для районов с низкой плотностью населения и ограниченной транспортной доступностью медицинских организаций необходимы выездные бригады узких специалистов и врача-ревматолога для обследования и назначения лечения пациенту;  - развивать центры и отделения с необходимой инфраструктурой и кадровыми ресурсами для оказания лечебных и реабилитационных медицинских услуг в том числе пред/после операционных по ортопедии ведения ревматических больных. В хирургическом лечении по эндопротезированию нуждаются и больные с деформацией и прогрессировании артрита мелких суставов кисти, запястья рук, стопы и голеностопа. |
|  | Челябинская область |  | | | РИК ОНФ | | **ч. 1 с. 72 Конституции РФ**  Внести изменения в уставы муниципалитетов и региональный Устав в части разграничения полномочий и компетенций в области регулирования вопросов здравоохранения и установления ответственности за обеспечение качественной и доступной мед.помощи, на основе изменений федерального законодательства  На уровне федерального законодательства необходимо определить критерии по качеству и доступности.  Внести изменения в положение о министерстве здравоохранения региона, обеспечивающее вертикализацию управления в структуре/системе  здравоохранения в соответствии с изменениями в Конституции, «переподчинив» таким образом министра здравоохранения области федеральному минздраву.  Наделить минздрав региона полномочиями по мониторингу и оказанию соответствующей госуслуги в части влияния окружающей среды на здоровье граждан, обеспечив тем самым прозрачность информации и формирование необходимой статистики для принятия дальнейших административных, управленческих решений в части изменения систем обеспечения качества окружающей природной среды, экологических, санитарных норм и т.п.  Внести изменения в программы Благоустройства городской среды, программы Ремонта дорог, поскольку данные программы после поправок должны отвечать повышенным критериям – по дорогам: качества дорожного полотна, транспортной доступности, широты охвата населенных пунктов, наличия мест размещения транспорта, спецтранспорта. А в части благоустройства необходимо расширить программы обязательным включением в проекты благоустройства создание спортивных объектов общего пользования, отвечающим критериям качества спортивного объекта равнозначного критерию качества медпомощи.  Внести корректировки в программы Доступности жилья, программу Развития сельских территорий, программы поддержки моногородов включив положения о льготных ставках ипотеки для медработников. А также увеличив объем средств финансирования на строительство жилья для медработников, которые будут направлены для работы по целевому отбору. Предусмотреть обязательную синхронизацию планов строительства с планами целевого набора специалистов, с тем, чтобы к моменту окончания медвуза специалист был гарантированно обеспечен жилплощадью.  В Целях закрепления специалиста на «месте распределения», т.е. создания условий для привязанности, включить в программы развития сельских территорий условия об обязательном создании инфраструктуры на селе, которая обеспечит комфортные условия проживания: образовательные учреждения, объекты культурного развития, транспортную доступность, развитие торговли.  Как следствие расширить статьи бюджета на развитие транспортной инфраструктуры – обеспечение регулярного транспортного сообщения, а для труднодоступных районов – сообщение с использованием спецтранспорта в зависимости от специфики местности  **Ч.1 ст.114 Конституции РФ**  Внести изменения в региональную госпрограмму «Здравоохранение», предусмотрев финансирование и организацию деятельности в области формирования культуры здоровья, поддержки общественных инициатив в области популяризации здорового образа жизни, стимулирования организаций, чья деятельность направлена на поддержку здоровья сотрудников.  На основе внесённых изменений внести корректировки в бюджеты региона и муниципалитетов  Дополнить программу Здравоохранение и на её основе внести изменения в законодательство региона и муниципальные законы – расширив перечень обязательного набора медуслуг и включив в него реабилитационные мероприятия, ЛФК и т.д., внести соответствующие изменения в перечень финансируемых через ФОМС услуг для всех категорий граждан, обеспечить финансовую поддержку данных мероприятий за счёт бюджета. Дополнить процедуру диспансеризации использованием современных высокоточных безопасных методов диагностики  **Ст. 132 Конституции (+ст.133)**  Внеси изменения в законы о бюджете в целях обеспечения исполнения положений Конституции о компенсации дополнительных расходов в результате совместной деятельности властей разного уровня. Обеспечить финансирование путём внесения изменений в порядок распределения средств через ТФОМС. Функции и ответственность за формирование пакета мер поддержки медперсонала, а также обеспеченность жильём закрепить на уровне региона, распределение жилья медработникам также передать в региональное управление.  Восстановить/обеспечить муниципалитеты собственной медицинской инфраструктурой, в целях обеспечения конституционного принципа в соответствии с которым ОМСУ «обеспечивают в пределах своей компетенции доступность медицинской помощи».  В этой связи необходимо расширить полномочия муниципалитетов, обеспечив их необходимой инфраструктурой либо обеспечить финансирование проектов формирования такой инфраструктуры в зависимости от потребности муниципалитета. Установить ответственность за невыполнение конституционной обязанности. (в этой части требуется внесение изменений в федеральные НПА). |
|  | Ханты – Мансийский автономный округ - Югра | Белоцерковцева Лариса Дмитриевна | | | Сопредседатель РШ  Главный врач БУ ХМАО-Югры «Сургутский клинический перинатальный центр» | | **1.**Разработать концепцию мед. организации инфекционной службы и отрегулировать организацию медицинской помощи в условиях распространения опасных заболеваний.  **2.** Актуализировать порядки оказания медицинской помощи и клинические рекомендации по инфекционным болезням.  **3.** Выделить повсеместно цифровые технологии для совершенствования статистического учета заболеваемости и смертности, создать сервисы кодирования причин смерти.  **4.** Продолжить развивать функционал ЕГИСЗ, в том числе переход к формированию счетов за оказанные медицинские услуги на основании ПМД (первичные медицинские документы) из единой государственной информационной системы.  **5.** Обеспечить постоянную готовность системы к большим эпидемиям, сформировать федеральный, региональный резерв СИЗов, уйти от зависимости иностранных поставок, развивать сеть заводов (фабрик) по всей стране по производству всех видов СИЗов, всех видов респираторов, медицинского оборудования, лекарств, дезинфицирующих средств.  **6.** Увеличить число референсных лабораторий по диагностике вирусов ДНК - диагностики, предусмотреть такие лаборатории в каждом регионе. Уйти от системы сверхцентрализации («Вектор» Новосибирск). Увеличить возможности производства и лицензирования тестов экспресс диагностики (ИХА, ИФА и т.д.), повысить их доступность и рутинное внедрение в практику всех стационаров страны.  **7.** Развитие комплексной эпидемиологической службы вне рамок Роспотребнадзора. Модернизация этой службы и поднятие ее на должный современный уровень.  **8.** Жесткая система оплаты оказанной медицинской помощи в системе ОМС, не предполагает финансовое обеспечение стационарных медицинских организаций, находящихся в режиме ожидания (готовности), не оказывает медицинскую помощь, резкое снижение объемов оказания медицинской помощи в связи с коронавирусной инфекцией, дистанционное консультирование с применением IT технологий и т.д. Все это требует модернизации системы ОМС, как основного источника финансирования МО (тарифная политика – низкие тарифы! при «раздутых» стандартах ОМП). Практически система ОМС полностью отстранилась от участия в решении текущих проблем МО в ОМП в условиях пандемии.  **9.** Действующая нормативная база по вопросам управления качества медицинской помощи (КМП) – неполная, противоречива, избыточна – действует более 14 несогласованных нормативных актов, установлено 2,4 тыс. показателей по контролю КМП согласно Приказу Минздрава № 203-н, в то время, когда в развитых странах для этих целей используется не более 30. Система управления КМП сконцентрирована преимущественно на контроле и не соответствует международным нормам. Как следствие, на ее базе нельзя создать единую систему обеспечения КМП в РФ. При этом контрольные требования множатся: например, добавлены новые проверки по исполнению целей национального проекта «Здравоохранения» и на соответствие критериям «бережливого производства».  **10.** В здравоохранении происходит нарастание и без того избыточных требований, зачастую неконкретных и невыполнимых в ситуации дефицита ресурсов. Например, приняты невыполнимые планы по диспансеризации и профилактическим осмотрам, что вынуждает медицинских работников проводить их формально; введено новое требование по осмотру пациентов, нуждающихся в длительном уходе на дому, на что у медицинских работников просто нет времени. Происходят «перескоки» от одних приоритетов к другим: например, в 2019 г. дефицитные ресурсы здравоохранения стягивают на борьбу с онкологическими заболеваниями, на оказание паллиативной помощи и создание центров общественного здоровья. Это ущемляет права одних пациентов за счет других.  **11. Многочисленная финансовая отчетность в системе ОМС** не представляет дополнительнойценности для лечения пациентов и отвлекает врачей от выполнения их основных обязанностей. Например, только по оплате медицинской помощи при онкологических заболеваниях используется 7 видов отдельных отчетных форм (оплата за посещение, оплата за диагностическое исследование – 2 вида, оплата за курс химиотерапии, оплата за госпитализацию, оплата по двум спискам ВМП и т.д.)  **12.** Национальный проект «Здравоохранение» направлен преимущественно на строительство и обновление инфраструктуры медицинских организаций. Увеличение тарифов предусмотрено только по одному виду медицинской помощи – борьбе с онкологическими заболеваниями. Мер, направленных на решение кадровой проблемы, в нацпроекте явно недостаточно, об этом свидетельствует продолжающийся отток кадров из отрасли, регистрируемый Счетной палатой, - за 2018 г. врачей стало еще на 5,8 тыс. меньше, а медицинских сестер – на 32,7 тыс. меньше.  **13.** Появился повод пересмотреть ряд социальных догматов и требований в части обеспечения определенного уровня заработной платы в расчете не физическое лицо (с дальнейшей переориентацией на уровне заработной платы в расчете на ставку (занимаемую должность) и т.д.)  14. Для того, чтобы создать экономические предпосылки для повышения укомплектованности младшим медицинским персоналом необходимо отказаться от требований обеспечения младшему медицинскому персоналу уровня заработной платы – 100 % от соответствующего уровня по субъекту Российской Федерации (фактически сравнивающим их зарплату с зарплатой среднего медицинского персонала). Это требование и привело к массовому «истреблению» санитарок. При этом достигнутый уровень заработной платы в отношении конкретных сотрудников, относящихся к младшему медицинскому персоналу, не должен снижаться. |
|  | Ханты – Мансийский автономный округ - Югра | Мальцев Дмитрий Валерьевич | | | Главный врач БУ ХМАО-Югры «Нефтеюганская окружная клиническая больница имени В.И.Яцкив» | | Изменение в Трудовой кодекс Российской Федерации: Статью 126 Трудового кодекса РФ дополнить абзацем: с целью обеспечения оказания доступной и качественной медицинской помощи в период чрезвычайной ситуации, режима повышенной готовности медицинским работникам, занятым на работах с вредными и (или) опасными условиями труда, допускается замена денежной компенсацией ежегодного основного оплачиваемого отпуска и ежегодных дополнительных оплачиваемых отпусков. |
|  | Ханты – Мансийский автономный округ - Югра | Юрченко Наталья Владимировна | | | Директор КУ ХМАО-Югры «Центр лекарственного мониторинга» | | 1. В Главу 7 «Особенности осуществления отдельных видов закупок» Федерального закона от 5 апреля 2013 г. №44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд» внести статью «Особенности заключения государственных контрактов при осуществлении закупок лекарственных препаратов»;  2. В ст.95 Федерального закона от 5 апреля 2013 г. № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд» предусмотреть формирование механизма (методики) взаимосвязи цены лекарственного препарата и его остаточного срока годности: по соглашению сторон отгрузка препаратов с остаточным сроком годности менее предусмотренного условиями контракта при уменьшении стоимости единицы лекарственного препарата. |
|  | Ханты – Мансийский автономный округ - Югра | Платонов Евгений Викторович | | | Заместитель главного врача по клинико-экспертной работе, БУ ХМАО-Югры «Нижневартоская психоневрологическая больница» | | 1. В действующих нормативно-правовых актах имеются противоречия, что осложняет деятельность учреждений, оказывающих наркологическую помощь: в Постановлении Совета Министров Правительства РФ от 28 апреля 1993 г. № 377 «О реализации Закона Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» алкоголизм, наркомания и токсикомания являются дополнительными противопоказаниями к выполнению отдельных видов работ, а во вступившем в действие с 01.01.2012 г. приказе Минздравсоцразвития РФ от 12 апреля 2011 г. № 302н», они являются абсолютными противопоказаниями при выполнении всех видов работ в указанном перечне. Например, профессия дворника из-за пониженных температур в условиях нашего региона относится к профессии с вредными условиями труда, следовательно, согласно логике приказа Минздравсоцразвития РФ лица, страдающие алкогольной или наркотической зависимостью, не могут быть допущены к работе по данной профессии. Таким образом, противоречие этих двух нормативных актов создает условия, когда наркологический больной не может трудоустроиться, что делает практически невозможным его ресоциализацию и скорее способствует рецидиву болезни, чем ремиссии.  2. В действующих нормативно-правовых актах не прописан механизм транспортировки психиатрического пациента до учреждения, осуществляющего специализированное психиатрическое принудительное лечение, а именно, кто осуществляет транспортировку и кто сопровождает пациента. |
|  | Ханты – Мансийский автономный округ - Югра | Алиева Светлана Планетовна | | | Заместитель главного врача по организационно – методической работе БУ ХМАО-Югры «Сургутская клиническая травматологическая больница»  Член РШ | | Ст. 72, ч.1 п. ж1) При уходе за престарелыми родителями, нуждающимися во внешнем уходе, предоставлять три дня оплачиваемого отпуска совершеннолетним детям, осуществляющим уход |
|  | Ханты – Мансийский автономный округ - Югра | Ибрагимова Екатерина Александровна | | | Заведующий филиалом в г. Сургуте БУ ХМАО-Югры - «Клинический врачебно-физкультурный диспансер», главный внештатный специалист по спортивной медицине Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа-Югры | | Постановление правительства Российской Федерации от 07.12.2020 №1610 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и плановый период 2021-2022 годов» дополнить: 1. В разделе III: После абзаца двадцать восьмого дополнить абзацем следующего содержания: «предварительные и периодические медицинские осмотры (в том числе по программам углубленного медицинского обследования) несовершеннолетних лиц, проходящих спортивную подготовку в организациях». 2. В разделе V: После абзаца двадцать седьмого дополнить абзацем следующего содержания: «первичной медико-санитарной помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, в части проведения предварительных и периодических медицинских осмотров (в том числе по программам углубленных медицинских обследований) несовершеннолетних лиц, проходящих спортивную подготовку в организациях.  Пояснение к предложениям по реализации Конституции Российской Федерации:  В Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов утвержденной Постановлением Правительства Российской Федерации от 7 декабря 2019 г. № 1610, точно определен источник финансирования только профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних в связи с занятиями физической культурой и спортом.  Порядок прохождения спортсменами углубленных медицинских обследований регламентирован приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.03.2016 г. № 134н «О Порядке организации оказания медицинской помощи лицам, занимающимся физической культурой и спортом (в том числе при подготовке и проведении физкультурных мероприятий и спортивных мероприятий), включая порядок медицинского осмотра лиц, желающих пройти спортивную подготовку, заниматься физической культурой и спортом в организациях и (или) выполнить нормативы испытаний (тестов) Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (далее – приказ № 134н).  В соответствии с разделом IV Программы государственных гарантий, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования осуществляются профилактические мероприятия, включая диспансеризацию, диспансерное наблюдение и профилактические медицинские осмотры граждан. Согласно разъяснениям Министерства здравоохранения Российской Федерации, данным в письме от 24.12.2019 г. № 11-7/И/2-12330, по вопросам формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов, территориальные нормативы комплексных посещений для проведения профилактических медицинских осмотров за счет средств обязательного медицинского страхования, устанавливаются с учетом определенного перечня приказов Министерства здравоохранения Российской Федерации (п. 4.1.1 письма). В частности, приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.08.2017 г. № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» (далее – приказ № 514н), в соответствии с которым профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних проводятся в установленные возрастные периоды и в объеме, предусмотренном данным приказом.  При этом объем установленной приказом № 134н медицинской помощи и кратность ее оказания при проведении углубленных медицинских обследований, значительно превышает нормативы комплексных посещений для проведения профилактических медицинских осмотров за счет средств  обязательного медицинского страхования, установленные для возрастных групп в соответствии с приказом № 514н.  Таким образом, на сегодняшний день сложилась ситуация, когда в Программе государственных гарантий нормативно не закреплено проведение предварительных и периодических медицинских осмотров несовершеннолетних спортсменов (в том числе по программам УМО) и как следствие невозможность формирования государственных заданий для медицинских учреждений, осуществляющих вышеуказанные медицинские осмотры.  На основании вышеизложенного, включение вышеуказанных позиций в Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, внесет определенность в части источника финансирования медицинских услуг, касающихся проведения предварительных и периодических медицинских осмотров (в том числе по программам углубленного медицинского обследования) несовершеннолетних спортсменов. |
|  | Ханты – Мансийский автономный округ - Югра | Скребов Роман Владимирович  Семко Александр Сергеевич | | | Начальник КУ ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы»  Начальник Юридического отдела КУ ХМАО-Югры «Бюро судебно-медицинской экспертизы» | | 1. Признать утратившим силу приказ Минздрава СССР от 09.07.1991г. № 182 «О введении в практику «Правил судебно-медицинской экспертизы тура»; (Приложение к письму №1)  2. Предложения по внесению изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12.05.2010 № 346н «об утверждении порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации» (Приложении №2 к письму). |
|  | Ханты – Мансийский автономный округ - Югра | Демьянкова Валентина Викторовна | | | Начальник договорного отдела БУ «Сургутская городская клиническая стоматологическая поликлиника №1» | | Необходимо внести изменения в Федеральный закон от 21 ноября 2011 г.№ 323 – ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а именно:  1) статью 2 дополнить определениями:  - общественное здоровье;  - здоровый образ жизни;  - культура ответственного отношения граждан к своему здоровью.  2) статью 4 дополнить принципами:  - принцип сохранения и укрепления общественного здоровья;  - принцип создания условий для ведения здорового образа жизни;  - принцип формирования культуры ответственного отношения граждан к своему здоровью.  3) дополнить закон № 323 статьями по каждому из указанных в п.2 принципах.  В связи с внесением изменений в пункт ж) части 1. Ст.72 Конституции РФ считаю необходимым внести изменения в статью 14 «Полномочия федеральных органов государственной власти в сфере охраны здоровья» и статью 16 «Полномочия органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья».  Необходимо внести изменения в Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»: изменить часть 6 и часть 7 статьи 35 «Базовая Программа обязательного медицинского страхования» в соответствии с внесенными в Конституцию РФ «медицинскими поправками».  Принять долгосрочные целевые программы по каждой «медицинской поправке». |
|  | Ханты – Мансийский автономный округ - Югра | Миньковский Давид Ефимович | | | Директор Филиала территориального фонда ОМС ХМАО-Югры в г. Сургуте | | В рамках реализации п. ж, статьи 72, части I, в целях формирования культуры ответственного отношения граждан к своему здоровью, предусмотреть ответственность застрахованных по обязательному медицинскому страхованию граждан за неявку на диспансеризацию по приглашению страховой медицинской организации (страхового представителя) без уважительной причины. |
|  | Ханты – Мансийский автономный округ - Югра | Салманов Илия Фарманович | | | Главный врач БУ «Нижневартовская окружная больница №2» | | 1. Убрать из системы оплаты медицинской помощи частные страховые компании и передать данные полномочия ОФОМСу. Считаем, что данную работу должен осуществлять ОФОМС.  2. Изменить в законе «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» №323-ФЗ от 21 ноября 2011 года в ст. 67 проведение патологоанатомических вскрытий, за исключением п.3, подп.3 – оказание умершему пациенту медицинской организацией медицинской помощи в стационарных случаях менее одних суток. Добавить – в случаях с не установленным диагнозом. Обоснование добавлений – определенное количество больных от 70 до 90 лет доставляются скорой помощью в преагональном и агональном состоянии, состоящие моменты многие годы на диспансерном наблюдении с установленным диагнозом. Согласно вышеуказанной статье лечебное учреждение обязано направить на патологоанатомическое вскрытие только из-за установленного временного промежутка (летальный исход произошел до одних суток) при ясном для медицинских работников диагнозе. Направления на патологоанатомические вскрытия данных пожилых людей вызывает негативные и справедливые возмущения родственников. |
|  | ЯНАО | Максарова Марина Прокопьевна | | | Врач педиатр, эксперт ОНФ | | Равные условия по предоставлению жилья для приглашенных и постоянно проживающих специалистов в регионе.  Пересмотреть финансирование здравоохранения через ТФОМС, так как действующая не работает должным образом, в результате чего образуются большие очереди к узким специалистам, при этом на платной основе, услуга предоставляется моментально, что вызывает недоумение граждан. |
|  | Республика Алтай | Маликов Алексей Сергеевич | | | доктор медицинских наук, генеральный директор ООО “Центр восстановительной медицины и реабилитации “Пигмалион” | | Внести изменения в пункт 6 приложения № 8 Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 N 543н, которым установлено обязательное оснащение мобильных медицинских бригад комплексами передвижными медицинскими.  В период пандемии во многих регионах таких как Алтайский край и другие до сих пор закрыта плановая медицинская помощь из-за заражения COVID-19 врачей, медицинского персонала особенно остро встал вопрос в узких специалистах, особенно в регионах РФ. Необходимо усиливать систему здравоохранения привлекать врачей из других клиник различных формы собственности.  Данная норма затрудняет оказание медицинской помощи в других медицинских заведениях, в случае отсутствия у них необходимых специалистов.  Врачи с необходимым опытом не могут быть направлены для оказания помощи в другие больницы, если они не оснащены специальными транспортным средством.  Поскольку оказания помощи происходит в медицинских кабинетах других больниц, требование о наличии специального транспорта представляется излишним и создающим препятствие к доступной медицинской помощи. |
|  | Республика Алтай | Штанаков Максим Валерьевич | | | Директор КУЗ РА «МИАЦ», председатель Правления Ассоциации врачей Республики Алтай | | В соответствии с изменениями, внесенными в статью 132 Конституции РФ необходимо конкретизировать перечень полномочий органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья, источники финансирования указанных полномочий и обязанности по их исполнению, механизмы реализации этих полномочий |
|  | Республика Тыва | Дегтярева Мира Владимировна | | | Главный врач ГБУЗ РТ «Республиканская больница № 2», Член Медицинской палаты Республики Тыва, заместитель председателя региональной ревизионной комиссии ОНФ | | 1. Вернуть доплаты медицинским работникам за вредные условия труда на прежний уровень (здесь же и льготы медицинских работников, которые были отменены, действующие ранее по постановлению 298-п ВЦСПС): в туберкулезных учреждениях – 25%, в психиатрических учреждения - 35%, рентгенологическая служба - 25% и т.д.;  2. Обеспечение детей медицинских работников местами в детских садах.  3. Обеспечение медицинских работников ведомственным жильем.  4. Медработникам, работающим на селе единовременная выплата должна быть ощутимая (для прекращения оттока кадров), предоставление жилья, оплата коммунальных услуг.  5. Обеспечение медицинских работников санаторно-курортным лечением.  6. Оплата проезда во время отпуска к месту отдыха и обратно.  7. Заболеваемость медицинских работников необходимо учитывать, как отдельную категорию.  8. Ввести единую тарифную сетку заработной платы. |
|  | Республика Тыва | Бадыргы Ирина Опанасовна | | | Заместитель Председателя Верховного Хурала (парламента) Республики, эксперт РО | | 1. Закрепить обязательное страхование жизни и здоровья медицинских работников в соответствующих федеральных законодательных актах;  2. Сохранить выплаты медицинским работникам за счет федерального бюджета за работу с особо опасными инфекциями и в условиях ЧС;  3. Расширить перечень медицинских работников, которым предоставляются выплаты в связи с работой с особо опасными инфекциями и в условиях ЧС, включив медработников ретгенологической службы, медицинских регистраторов, прочий персонал (водители и др.), работников администрации и руководство, которые принимают непосредственное участие в работе;  4. С целью предотвращения оттока медицинских кадров из первичного звена необходимо поднять заработную плату и дополнительные выплаты до уровня их коллег в стационарных отделениях;  5. Пересмотреть решение о переводе младшего медицинского персонала в прочий персонал;  6. Вернуть доплаты медицинским работникам за вредные условия работы на прежний уровень.1. Уравнять заработную плату медицинских работников во всех регионах страны;  7. Разработать программу по развитию лабораторной службы, в частности, восстановить лаборатории на базе республиканских медицинских организаций (кадровое обеспечение, оснащение ПЦР оборудованием, ИФА анализаторами и помещением...);  8. Организовать централизованную закупку и обеспечение СИЗами и антисептиками медицинские организации отдельной бюджетной статьей;  9. Изменить форму работы ФОМС с медицинскими организациями без посредников, напрямую, по факту оказанной медицинской помощи с изменением тарифной политики.  10. Закрепить ответственность гражданина за свое здоровье и образ жизни законодательно. Разработать систему поощрений за своевременное прохождение диспансеризации, медицинских осмотров, ведение здорового образа жизни и профилактику заболеваний;  11. Восстановить отдельный медицинский прием медицинских работников для прохождения диспансеризации, медицинских осмотров и др.  12. В законе о госзакупках отдельно предусмотреть упрощенную форму закупок и ускоренные сроки поставок товара в период пандемий, эпидемий и других ЧС.  13. Улучшить оснащение необходимым оборудованием, техникой медицинские организации для дистанционного проведения медицинских осмотров, консультаций посредством телемедицины;  14. Обеспечить компьютерной техникой и доступом к высокоскоростному интернету ФАПы и ВА в сельских местностях, для создания условий для проведения телемедицинских консультаций. |
|  | Республика Хакасия | Стреленко Александр Анатольевич | | | Исполняющий обязанности министра здравоохранения Республики Хакасия | | 1. Закрепить в ч.1. ст.14 Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» полномочия федеральных органов государственной власти по установлению единых правовых основ системы здравоохранения;  2. Закрепить в ч.1 ст.14 Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» полномочия федеральных органов государственной власти совместно с органами власти субъектов Российской Федерации по координации вопросов обеспечению доступной и качественной медицинской помощи;  3. В статье 16 Федеральный конституционный закон от 17.12.1997 №2-ФКЗ «О Правительстве Российской Федерации» закрепить полномочия Правительства Российской Федерации по обеспечению проведения в Российской Федерации единой социально ориентированной государственной политики в области здравоохранения;  4. Включить в перечень вопросов местного значения муниципального района и городского округа закрепленных в ст.16 и ст.17 Федерального закона от 06.10.2003 № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» вопросы по обеспечению в пределах своей компетенции доступности медицинской помощи. |
|  | Республика Хакасия | Романов Виктор Иннокентьевич | | | Исполняющий обязанности  Председателя Медицинской палаты | | 1. Внести изменения в Федеральный Закон №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»:  - отменить понятие «медицинская услуга», как несоответствующая работе медицинских работников. Прописано должно быть только «медицинская помощь», в которую и должно войти перечень мероприятий по обоим разделам.  2. Внести и разработать четкие критерии:  - медицинской профессиональной ошибкой, связанной с оказанием медицинской помощи и приведшей к тяжким последствиям у пациента  - халатность  - прекратить преследование медицинских работников по уголовным статьям, связанных с врачебной ошибкой - медицинские работники, которые находятся в местах лишения свободы по статье «медицинская ошибка», должны быть амнистированы со снятием судимости.  4. Принять Закон о страховании профессиональной ответственности медицинских работников с обязательным профессиональным обсуждением во врачебных коллективах, профессиональных общественных организациях.  5. Для студентов, обучающихся на бюджетной основе, по окончанию ВУЗа ввести обязательное распределение на работу на срок не менее 5 лет, с выплатой подъемных и других льгот со второго года работы, в те населенные пункты, где имеется кадровый дефицит медицинских работников. В случае невыполнения договорных условий, ввести штрафные санкции, вплоть до лишения диплома.  6. Пересмотреть вопросы профессиональной подготовки выпускников ВУЗов:  - вернуть двухгодичную специализацию по основным специальностям – терапия, хирургия, акушерство и гинекология, анестезиология и реанимация (субординатура и интернатура). Оплату труда врача-интерна проводить за счет средств Федерального Бюджета.  - ввести прохождение профессиональной подготовки для врачей первичного звена по основным узким клиническим специальностям в очно-заочной форме, в том числе и онлайн-обучение, без обязательной ординатуры с прикреплением к центральным клиникам.  7. Пересмотреть функции системы ОМС, как посредника в получении денежных средств медицинскими организациями, вплоть до ее ликвидации, включая промежуточные страховые компании.  8. Ввести социальную защиту медицинских работников за счет средств Фонда Социального Страхования, а не за счет средств работодателя (оздоровление в санаториях, курортах, домах отдыха, профилакториях), предусмотрев, финансовые льготы.  9. Сохранить очную профессиональную переподготовку медицинских работников один раз в пять лет, для той категории работников, которые не смогли по уважительным или иным причинам пройти цикл непрерывного обучения. Обучение проводить за счет средств ОМС, работодателя, региональных и спонсорских средств.  10. Сохранить выход на пенсию медицинским работникам: женщинам по достижении возраста 55 лет, мужчинам - 60 лет, работающим, как в сельской, так и в городской местности.  11. Ввести единую шкалу оплаты труда всем медицинским работникам, независимо от того, где он работает – в городе или селе. Надбавки также должны предусматривать вредность и интенсивность труда.  При подсчете средней оплаты труда рассчитывать отдельно аппарат управления, врачебный состав, средний и младший медицинский персонал. |
|  | Алтайский край | Козлова Ирина Валентиновна | | | к.м.н., главный редактор краевого медико-социального журнала «Здоровье алтайской семьи», Член Совета Общественной организации «Медицинская палата Алтайского края», член АКОО «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников», сопредседатель регионального штаба ОНФ в Алтайском крае. | | **1.Государственная система здравоохранения, с учетом региональных особенностей.**  Разделяю мнение ряда экспертов о возврате к **государственной** системе здравоохранения, призванной обеспечить равные возможности на получение качественной медицинской помощи жителям страны, не зависимо от места их проживания и равные условия труда медицинского персонала, особенно первичного звена. Однако, при этом необходимо учитывать и **региональные особенности.** Они должны определяться как стартовым состоянием материально- технической базы учреждений здравоохранения региона, уровнем обеспеченности и квалификации персонала, показателями демографии, сложившейся структур заболеваемости, так и уровнем развития всей социальной инфраструктуры региона, в том числе и спецификой административно – территориального устройства региона, развитостью коммуникаций, т.е. в принципе уровнем социально – экономического развития региона в целом. Национальные проекты – нацелены как на инновационное развитие, так и на выравнивание социально – экономического развития регионов. Их корректировка в новых (эпидемических и экономических) условиях –объективно необходима.  Есть и частные отраслевые вопросы и их немало. Так, по мнению специалистов, существенно сдерживает сроки ввода новых объектов здравоохранения, реконструкции старых – отсутствие типовых проектов учреждений здравоохранения. Зачастую их проектирование, перепроектирование под новый функционал- дороже и длительнее, чем «снести и построить заново».  Организаторы здравоохранения озвучивают и проблему наличия (отсутствия) **проектных организаций**, имеющих профессиональное представление о требованиях к учреждениям здравоохранения. Проектирование и согласование, экспертизы как небольшого ремонта тем более, реконструкции любого объекта здравоохранения, (начиная от банальной замены нескольких окон в помещении ФАП, заканчивая подготовкой помещении я под новый компьютерный томограф) – процедура, неоправданно длительно растянута во времени, связанна с дополнительными, не малыми (не всегда оправданными) затратами для учреждения, и главное – без гарантии, что проект соответствует всем требованиям.  Отдельная тема – **лицензирование** медицинских учреждений первичного звена. Существующие помещения, не всегда отвечающие требованиям, нет возможности обеспечить «стандарты» их оснащения, как следствие процедура лицензирования становиться чисто формальной.  **2. Квалификации и устранение дефицита кадров в здравоохранении- приоритет в государственной политике.** Принципиальные позиции – это качество и количество медицинских кадров. Дефицит кадров для большинства территорий, в том числе и для нашего края – это острейшая и уже **государственная проблема**. Число обучающихся в медицинских учебных заведений- должно возрасти, **снижение набора – не допустимо.** **Кадры нужно срочно, форсировано готовить!** Причем, паллиативные формы решения проблемы, как, например, подготовка специалистов среднего звена по инициативе руководителя лечебного учреждения по договору с образовательным – во-первых не решает проблемы дефицита кадров как таковую, не говоря уже об отвлечении финансовых ресурсов их медицинских организаций на выполнение несвойственных им функций.  Так же, как и «местные преференции «в виде подъемных, компенсации части аренды жилья и т.д.  В вопросах повышения квалификации, гарантированной оплаты труда и страхования профессиональных рисков медиков так же должна быть единая государственная политика. «Перекупка кадров» особыми условиями оплаты труда и другими социальными привилегиями отдельными («состоятельными») регионами – порочная практика.  **3. Здоровый стиль жизни – продукт эффективного межотраслевого взаимодействия.**  Особый акцент в «медицинских поправках» делается и на создание условий для ведения здорового образа жизни, формирования культуры личного отношения граждан к своему индивидуальному здоровью, здоровья своей семьи. А это «здоровье сберегающие» детские сады, школы, спортивные объекты и парки. Максимально безопасные условия труда, качественные продукты питания и т.д. Однако, осознание своей ответственности за состояние своего индивидуального здоровья, здоровье семьи, за получение навыков здорового стиля жизни – не появиться без целенаправленной работы специалистов- медиков. Именно поэтому **профилактическое направление** в медицине- вижу, как направление, которое должно получить реальное развитие и реальное наполнение технологиями работы, кадровую поддержку и системную работу по формированию компетенций персонала (можно шире использовать медицинский персонал со средним медицинским и спортивным образованием). Необходима и система мер стимулирующего характера для населения по результатам достижения конкретных параметров здорового стиля жизни. Сам принцип финансирования системы здравоохранения в нынешних условиях - не является мотивирующим на ЗОЖ, даже для медицинского сообщества.  И вопросам **межведомственного взаимодействия** в вопросах ЗОЖ –необходимо новое наполнение. Оно должно быть актуализировано на задачи формирования здорового образа жизни, но не только в рамках учреждений социальной сферы (детсады, школы, учреждения соц. зашиты, библиотеки, СМИ и т.д.). Опыт работы «советской цеховой медицины» - не утратил своей востребованности в новых экономических условиях. И многие работодатели рассматривают «цеха здоровья» не с позиций затрат, а с позиций более эффективного труда здорового персонала предприятия, как следствие дополнительного финансового результата. В принципе отношение к отрасли здравоохранения – как исключительно «затратной» для государства и общества- несправедливо. Снижение издержек и достижение дополнительного экономического эффекта в результате снижения заболеваемости с временной и стойкой утратой трудоспособности, качественной диспансеризации, увеличения продолжительности жизни- вклад в ВВП здравоохранения.  Как частная проблема экспертами озвучивалась тема нецелесообразности организации отдельных медицинских кабинетов в малых населенных пунктах, где ФАП и школа, расположены, как правило, в шаговой доступности, вопрос укомплектования медицинским работников обоих структур – проблематичен.  **3. Финансирование здравоохранения.**  Большинство экспертов- указывают на необходимость изменения принципов финансирования отечественного здравоохранения. При обосновании необходимости введения в РФ системы ОМС в начале 90-х– именно обособленный сбор и аккумуляция средств на нужды медицины было основным аргументом - «за!» страховую медицину. При том, что по линии государственных, региональных программ, ТФОМС уже не малых ресурсах, направляются в стране в отрасль- перекосы в финансировании очевидны. Специалисты отмечают, что система ОМС не продемонстрировала ожидаемых бесспорных преимуществ ни для медицинских организаций, ни для населения. При действующей системе ОМС – страдает и наиболее уязвимое - первичное звено, на которое возложена и профилактическое направление. Не зря тема «просроченной кредиторской задолженности медицинских учреждений» (!?) - стала предметом особого внимания Президента РФ. «**Деньги идут за больным»** - мотивация деформированная, а при определенных условиях и ложная!  Профессиональные медицинские организации –не стали полноправными участниками системы обязательного медицинского страхования, даже в рамках, предусмотренных законодательством. Как следствие система контроля качества оказания медицинской помощи – многими оценивается как возможность «штрафования медицинских организаций», в условиях, когда действующий тариф и так не покрывает затрат медицинской организации. Взаиморасчеты между медицинскими организациями- по мнению превалирующего большинства экспертов – только усугубили ситуацию с финансированием.  Особая тема –работа частных медицинских компаний в системе ОМС. Частные медицинские компании, безусловно, имею право на участие в ОМС, но на **паритетных** условиях с федеральными и региональными.  Требует дальнейшего рассмотрения тема «ответственности» медицинских работников, и медицинских учреждений, как уголовной, так и финансовой. По выигранные пациентами (специализирующимися на этой болезненной теме юристами, общественными структурами) процессам лечебное учреждение получает решение суда(!) об возмещении морального вреда, иногда до нескольких миллионов рублей. И исполняя такое решение суда – руководитель должен по факту отказать в медицинской помощи пациентам (в отдельных случаях до нескольких тысяч закрепленного контингента) - т.к. медицинское учреждение получает средства исключительно на выполнение конкретной функции - оказание медицинской помощи закрепленному контингенту, а не занимается бизнесом, оказывая услуги и преследуя цель «извлечь прибыль». И любой «штраф», возложенный на медицинскую организацию - это ухудшение качества, объема медицинской помощи.  **4.** **Работа должна быть системной и непрерывной.** Не могу не поддержать мнения, что принятие новой редакции Конституции России принципиально расширяет возможность реализовать целый ряд мер, которые существенно скажутся на качестве жизни и здоровья соотечественников. Не думаю, что работа по формированию новых нормативных документов, внесение изменений и дополнений в действующие не должна, да и не может быть сделана одномоментно, да еще и в очень сжатые сроки. Она должна быть и системной, и постоянной. Важно не только исключить имеющиеся нестыковки и даже противоречия в действующих программах и нормативных документах, но и взвешенно принять решения по «упущенным проблемам». И главное – должен быть заложен и реализовываться механизм реального контроля и за качеством и сроками выполнения действующих документов и за их своевременной актуализацией и за качеством оказания медицинской помощи (не услуги!) |
|  | Алтайский край | Богданов Сергей Викторович | | | Главный врач ООО Консультативно-диагностический центр «Добрый доктор», преподаватель ООО «Алтайский медицинский институт последипломного образования», член Комитета Алтайской ТПП по здравоохранению, эксперт Тематической площадки «Здравоохранение» РО ОНФ в Алтайском крае | | Учитывая внесение в статью 71 Конституции Российской Федерации «медицинской» поправки, которая гласит о установлении единых правовых основ системы здравоохранения считаем целесообразным:   1. **Исключить нормы регламентирующие вопросы нецелевого использования средств ОМС из Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее "закон № 326-ФЗ").** Данные нормы закреплены в части 9 статьи 39, пункте 5 части 2 статьи 20 закон № 326-ФЗ.   При проверках целевого использования медицинскими организациями (МО) средств ОМС сотрудники территориальных фондов обязательного медицинского страхования (ТФОМС) выносят решения об их нецелевом и нерациональном использовании. Единственным законным основанием принятого ТФОМС решения являются нормы части 9 статьи 39, пункта 5 части 2 статьи 20 закона № 326-ФЗ.  Во-первых, само понятие «целевое использование средств» в отношении системы ОМС является анахронизмом. МО оказывают медицинскую помощь в рамках гражданско-правовых договоров, в рамках которых они должны обеспечить необходимые объемы и качество оказания медицинской помощи. Во-вторых, в системе ОМС принимают участие не только государственные (муниципальные), но и частные МО. Контроль за направлением использования ими средств противоречит их правовому положению.  В-третьих, полагаем, что нормы закона о нецелевом использовании не соответствуют не только положениям «медицинской» поправки статьи 71 Конституции России, но и также положениям Конституции России, предусмотренным статьями 4 (части 2), 8 (части 1), 15 (части 1), 17 (части 1), 19 (части 1), 34 (части 1), 35 (части 1-3) и 55 (части 3) по следующим основаниям.  Анализ правовой природы юридической ответственности, установленной нормой ч. 9 ст. 39 закона № 326-ФЗ, приводит к выводу, что названный закон вводит особый самостоятельный вид юридической ответственности.  Как это следует из ч. 9 ст. 39 закона № 326-ФЗ, средства, использованные не по целевому назначению, как и сумму штрафа, МО возвращает / уплачивает в бюджет ТФОМСа.  ТФОМС не является стороной договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС (ст. 39 закона № 326-ФЗ), контрагентом МО является страховая медицинская организация (СМО) (ч. 1 ст. 39 названного закона).  Следовательно, санкция ч. 9 ст. 39 закона № 326-ФЗ не является договорной.  При этом подчеркнем, что санкция ч. 9 ст. 39 закона № 326-ФЗ не являет собой ответственность за нарушение МО требований к объему и качеству оказанных медицинских услуг. Поскольку последствия таких нарушений регламентируются ст. 41 закона № 326-ФЗ и приказом ФФОМС от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС».  Не может квалифицироваться приведенная санкция и как деликт, поскольку МО получает денежные средства в оплату по договору, в то время как деликт – внедоговорное отношение.  Не может рассматриваться предусмотренное законом изъятие средств у МО и как административно-правовая санкция.  В рамках административного законодательства безвозмездное изъятие имущества в качестве административного наказания (основного или дополнительного) именуется конфискацией орудия совершения или предмета административного правонарушения (п. 4 ч. 1 ст. 3.2., ч. 2 ст. 3.3., ст. 3.7. КоАП РФ) и, как санкция, должна быть закреплена в конкретной статье Особенной части Кодекса. К тому же, конфискация назначается судьей (ч. 1 ст. 3.7. КоАП РФ).  Не является рассматриваемая норма и одной из форм изъятия в бесспорном порядке бюджетных средств, используемых не по целевому назначению (ст. 289 БК РФ, ч. 2 ст. 19 закона от 16.07.1999 № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования»).  Принцип использования бюджетных средств по целевому назначению нормативно закреплен в отношении *получателей* бюджетных средств (ст. 38 БК РФ).  Согласно определению, данному в ст. 6 БК РФ получатель бюджетных средств (получатель средств соответствующего бюджета) - орган государственной власти (государственный орган), орган управления государственным внебюджетным фондом, орган местного самоуправления, орган местной администрации, находящееся в ведении главного распорядителя (распорядителя) бюджетных средств казенное учреждение, имеющие право на принятие и (или) исполнение бюджетных обязательств от имени публично-правового образования за счет средств соответствующего бюджета, если иное не установлено настоящим Кодексом.  Из приведенного определения, а также из ст. 161 БК РФ следует, что получателями бюджетных средств из числа юридических лиц, не являющихся органами управления, могут быть только казенные учреждения.  Казенные учреждения, однако, в подавляющем большинстве не участвуют в реализации программы ОМС, а МО - участники системы ОМС - не являются получателями бюджетных средств, они зарабатывают средства в рамках гражданско-правового договора (договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС). И эти средства не относятся к бюджетным.  Таким образом, норма ч. 9 ст. 39 закона № 326-ФЗ не подпадает ни под один из известных видов юридической ответственности.  Вместе с тем, эта норма носит конфискационный характер. При этом ее применение зачастую носит весьма субъективный характер и зависит от позиции конкретного проверяющего или суда, в том числе это обусловлено тем, что ни **в законе № 326-ФЗ (п. 7 статья 35),** ни в ежегодно утверждаемой Постановлениями Правительства РФ Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи нет четких указаний на «целевой характер» использования средств. Расплывчатые формулировки (в качестве примера можно рассмотреть их в Постановлении Правительства РФ от 7 декабря 2019 г. № 1610) по которыми не понятно, что конкретно имеется в виду под «целевыми» затратами, приводят к различным судебным решениям от «не соответствия затрат структуре тарифа – нецелевое использование», до «направлены в целом на обеспечение оказания помощи по ОМС – целевое использование» по совершенно аналогичным случаям затрат.  **Решение законодателя об исключении норм о нецелевом использовании средств ОМС из закона № 326-ФЗ** и подзаконных нормативно-правовых актов, принятых в их развитие, повысит качество и доступность медицинской помощи, исключит произвол проверяющих ФОМС, накладывающих различные санкции на МО, положит начало процессу формирования по настоящему конкурентной среды в сфере здравоохранения, может обеспечить значительный приток частных инвестиций в отрасль. В конечном итоге от этого выиграет государство и общество.  **2.** **Исключить ограничения по сумме в части возможности использования средств ОМС на приобретение основных средств.** Норма, устанавливающая лимиты на использования средств ОМС при их расходовании на приобретение основных средств, закреплена в п. 7 статьи 35 закона №326-ФЗ. Данное предложение сформулировано в развитие предложения по исключению норм, регламентирующих вопросы нецелевого использования средств ОМС.  Данная норма не соответствует принципам развития преимущественно одноканального финансирования через ОМС в системе здравоохранения РФ. Из-за указанной нормы, в том числе возникает некий финансово-правовой парадокс между законом №326-ФЗ нормами подзаконных НПА МЗ РФ. Например, согласно п.п. 193 и 197 Приказа МЗ РФ от 28.02.2019 г № 108н «Об утверждении Правил ОМС», далее Приказ 108н, затраты на амортизацию основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь), используемых при оказании медицинской помощи включены в тариф каждой медицинской услуги. Таким образом эти средства заложены в структуре тарифа по ОМС, следовательно амортизация к примеру УЗИ аппарата, заложена в тарифе соответствующей медицинской услуги - УЗИ внутренних органов, однако согласно положениям п. 7 статьи 35 закона 326-ФЗ и пункту 198 этого же Приказа №108н МО сможет приобрести за счет средств ОМС УЗИ аппарат лишь в том случае если его цена не будет превышать 100 тыс. руб., что в существующих экономических реалиях невозможно, также как и по большинству других аппаратных медицинских технологий (лучевая, лабораторная и функциональная, эндоскопическая и хирургическая техника). Было бы логично предложить новую редакцию ч.7 ст. 35 закона об ОМС. К примеру (формулирую грубо): Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя затраты, включаемые в себестоимость медицинской услуги.  **3. Изменить систему изъятия (и использования изъятых) средств из МО в результате проводимых контрольных мероприятий в системе ОМС.**  Во-первых, СМО – не ведут в системе ОМС страховой деятельности, СМО оказывают услуги на возмездной основе по договору «О финансовом обеспечении ОМС», перечень услуг, оказываемых СМО ТФОМСу закреплен в данном договоре как обязательства СМО.  Во-вторых, деятельность СМО – предпринимательская деятельность, а в части проведения «экспертизы качества медицинской помощи» - предпринимательская медицинская деятельность, которая подлежит лицензированию.  В-третьих, деятельность СМО в части проведения экспертизы качества медицинской помощи без лицензии – не законна, и попадает под действие либо п. 2. статьи 14.1 КОАП РФ, осуществление предпринимательской деятельности юридического лица без специального разрешения (лицензии), либо, что более вероятно, т.к. сопряжено с извлечением дохода в крупном размере, под действие ст.171 УК РФ.  В Постановлении Пленума Верховного Суда РФ от 18.11.2004 № 23 (ред. от 23.12.2010) «О судебной практике по делам о незаконном предпринимательстве и легализации (отмывании) денежных средств или иного имущества, приобретенных преступным путем» указано, что под доходом в статье 171 УК РФ следует понимать выручку от реализации товаров (работ, услуг) за период осуществления незаконной предпринимательской деятельности без вычета произведенных лицом расходов, связанных с осуществлением незаконной предпринимательской деятельности.  При этом имущество, деньги и иные ценности, полученные в результате совершения этого преступления, в соответствии с пунктами 2 и 2.1 части 1 статьи 81 УПК РФ признаются вещественными доказательствами и в силу пункта 4 части 3 статьи 81 УПК РФ подлежат обращению в доход государства.  Наличие такой возможности "зарабатывания" ведёт к тому, что закон мотивирует СМО на необоснованные санкции в отношении МО. Проведем параллель с госорганами, которые проводя проверку ничего не кладут в свой карман.  Накладываемые санкций не должны приводить к изъятию финансовых ресурсов в пользу страховых кампаний и, по сути, выводиться из системы здравоохранения. В настоящее время эти средства обращаются в собственные доходы СМО и не используются для улучшения качества медицинской помощи. Их объём, например, за 2012 год составил более 21 миллиарда рублей. Штрафы съедают порой более 40% объема средств, выделенных МО. Об этом свидетельствуют отчеты ТФОМСов за 2017 г. Существующая система изъятия средств из МО в виде штрафов и санкций со стороны СМО создает дефицит и без того недостаточного финансирования МО в системе ОМС. Все это приводит к снижению качества и (или) объемов оказания медицинской помощи пациентам, ухудшению качества питания и в целом условий оказания медицинской помощи гражданам.  Таким образом, учитывая тот факт, что в соответствии с пунктом 1 части 4 статьи 28 Федерального закона N 326-ФЗ СМО гарантированно получают финансирование на ведение деятельности в системе ОМС, в частности получают средства, предназначенные на расходы на ведение дела по ОМС. Пункты 2, 3, 4 части 4 статьи 28 Федерального закона N 326-ФЗ, на основании которых СМО получают в собственность от 15 до 25 процентов сумм от применяемых к МО санкций за выявленные нарушения при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи **следует отменить**.  **4. Исключить субъективный механизм процедуры распределения объемов медицинской помощи, подлежащих оплате из фондов ОМС, между МО, что приводит к дискриминации МО при распределении страховых ресурсов.** Президент РФ Владимир Владимирович Путин, в своих обращениях к федеральному собранию, говорил о необходимости практического внедрения страховых принципов в систему здравоохранения. Страховая медицина (ОМС) основывается на риске возникновения страхового случая, а то, что мы имеем сегодня, это скорее планово-бюджетное, медицинско-государственное взаимодействие. Планово-бюджетное потому, что количество больных, и даже заболевания спускаются МО в виде плана-задания, где указаны болезнь, порядок и способ лечения, все по норме и стандарту и даже объем лечения больного расписаны вплоть до дробных частей, остается только фамилию больного указывать. Тогда как страховой случай основывается на вероятности, заболевания застрахованного лица и его обращении за медицинской помощью. В соответствии с положениями методических рекомендаций МЗ РФ «О способах оплаты медицинской помощи, оказанной в рамках программы бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» **планирование будущих объемов целесообразно производить на основе выполненных в предыдущем периоде** (это обоснованный страховой плановый принцип). Распределяя же объемы медпомощи произвольно, комиссия по разработке территориальной вопреки требованиям п.3, Статьи 16, N 135-ФЗ 26.07.2006 (ред. от 18.07.2011) "О защите конкуренции" своими согласованными действиями осуществляет раздел товарного рынка по объему продажи или покупки товаров, ассортименту реализуемых товаров либо по составу продавцов или покупателей (заказчиков).  **Предлагаем отменить этот механизм, как не соответствующий страховому подходу. А именно:**  **Исключить первое предложение части 10 ст. 36 закона об ОМС;**  слова "и которым решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования установлен объем предоставления медицинской помощи, подлежащий оплате за счет средств обязательного медицинского страхования" в ч.1 ст. 39 закона об ОМС;  слова "в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования" в ч.6 ст. 39 закона об ОМС. |
|  | Алтайский край | Николай Николаевич Якушев | | | Заместитель председателя комитета Алтайского краевого Законодательного собрания по здравоохранению и науке | | 1. Предоставление мест в детские дошкольные учреждения для детей медицинских работников; 2. Студенты, окончившие медицинские учебные заведения, обучающиеся по целевому направлению и не устроившиеся в дальнейшем в бюджетные учреждения, обязуются вернуть деньги, потраченные на обучение; 3. Льготная ипотека по аналогии с военной взносы, по которой будет выплачивать государство; 4. Выездная торговля лекарственными препаратами в фельдшерско-акушерские пункты; 5. Убрать разграничения и объединить федеральных и региональных льготников лекарственного обеспечения;   Отменить систему взаиморасчета между медицинскими организациями |
|  | Алтайский край | Смирнова Ирина Анатольевна | | | Председатель  АЛТАЙСКОЙ КРАЕВОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СОЮЗА РАБОТНИКОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ | | **Статьи Конституции: Ст.72 и Ст. 132.**  ***Требование к законодательству, в связи с принятием поправок в статьи Конституции:***  1. должны появиться такие правовые дефиниции, как «доступность» и «качество медицинской помощи»;  2. первичное звено здравоохранения надо в значительной степени переводить на федеральный уровень. Надо давать льготы, социальный пакет, основы которых должны быть закреплены на законодательном уровне;  3. вовлечение пациента в процесс, обязывая его внимательнее относиться к своим проблемам (каковы меры ответственности?);  4. развитие направления «медицинская профилактика»;  5. довести объемы государственного финансирования отрасли до уровня не ниже рекомендованного ВОЗ – 6-7% от ВВП;  6. требуется кодификация норм трудового права, регулирующих труд работников отрасли. В действующий ФЗ ("Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 N 323-ФЗ) добавить к уже установленным нормам:  - особенности приема на работу медицинских работников;  - профессиональные стандарты должны быть обязательны для медицинских организаций государственной формы собственности;  - особенности работы по совместительству медицинских работников (особенно внутреннее совместительство);  - урегулировать «временные переводы» по производственной необходимости;  - особенности привлечения к сверхурочным, а также к работе в выходные и праздничные дни;  - продолжительность рабочего времени и времени отдыха;  - дежурства на дому;  - дежурства по МО;  - дополнительные отпуска;  - аттестация медицинского работника внутри организации;  - единая система оплаты труда.  7. определить и обеспечить единый социальный пакет:  - внеочередное предоставление жилья по договорам социального найма;  - единая компенсация на оплату жилищно-коммунальных услуг медицинским работникам, проживающим в сельской местности, введение нормы 100-процентной компенсации по оплате ЖКУ;  **-** предоставление внеочередных мест в школьных и дошкольных учреждениях детям медицинских работников;  - внеочередное получение медицинской помощи, включая высокотехнологичную;  - обеспечение бесплатного санаторно-курортного лечения;  - льготного лекарственного обеспечения медицинских работников;  - пенсионное обеспечение медицинских работников (включить в специальный стаж периоды повышения квалификации);  - страхование медицинских работников, работа которых связана с угрозой жизни и здоровью.  ***Обоснование предложений:***  Так как понятие «доступность» в Москве, в Барнауле, или в Алтайском крае – это разные понятия при этом данный вопрос не может быть ответственностью только местной власти. Разная наполняемость социального пакета в зависимости от региона приводит к тому, что медики покидают Алтайский край. Без подготовленных специалистов мы не спросим с пациента о внимательном отношении к проблемам с его здоровьем. |
|  | Алтайский край | Вейцман Инна Александровна | | | К.м.н.,  Доцент кафедры госпитальной терапии и эндокринологии ФГБОУ ВО АГМУ, Член редакционного совета краевого медико-социального журнала «Здоровье алтайской семьи» | | Статья 41 Конституции РФ.  Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь.  В реализации данной статьи считаю необходимым принять следующие законодательные шаги в отношении первичной профилактики:  - совместно с институтом питания внести изменения в нормативную документацию питания детей в организованных коллективах (детские сады, оздоровительные лагеря школы) с обязательным использованием йодированной соли и применением витамина Д;  - разработать систему мер господдержки для предприятий, производящих «здоровые продукты питания» без применения антибиотиков, гормонов и др. |
|  | Алтайский край | Дирекция ТФОМС Алтайского края | | | Ответ ТФОМС Алтайского края от 27.07.2020 Исх. №2906 на Обращение РИК ОНФ в Алтайском крае от 14.07.202 Исх. № ОНФ-22/2-94/2020 | | Учитывая внесение в статью 71 Конституции Российской Федерации «медицинской» поправки, которая гласит о установлении единых правовых основ системы здравоохранения видится необходимым:  - корректировка подхода к оплате медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования в рамках межтерриториальных расчетов с целью формирования унифицированных тарифов на территории всей Российской Федерации.  ***Обоснование предложения:***  В настоящее время размер субвенций, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования, в соответствии с постановлением Правительства РФ от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» рассчитывается для каждого субъекта РФ с учетом коэффициентов дифференциации, учитывающих в части заработной платы дифференциацию на районный коэффициент, надбавки за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, в части остальных расходов - транспортную доступность населенных пунктов, долю населения, проживающего в мелких населенных пунктах, возрастную структуру населения, стоимость жилищно-коммунальных услуг, уровень цен и другие параметры. При этом важным инструментом стабильного финансового обеспечения медицинских организаций, расположенных в сельской местности, в отдаленных, труднодоступных и малонаселенных районах, на наш взгляд, является принятое решение о их финансировании по подушевому нормативу на прикрепившихся лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации. Соответственно, это обеспечивает центральным районным больницам 1-го уровня гарантированный объем поступления средств ОМС в объеме запланированного годового планового задания. В то же врем в рамках действующего законодательства застрахованное лицо получает медицинскую помощь по видам, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования, в том числе и за пределами субъекта, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, при этом оплата данной медицинской помощи осуществляется в соответствии с тарифами, установленными на территории субъекта РФ, в котором оказана медицинская помощь с учетом коэффициентов дифференциации субъекта. При этом размеры коэффициентов дифференциации субъектов Российской Федерации имеют существенные различия. Тем самым оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным, на территориях других субъектов РФ с более высокими коэффициентами дифференциации является довольно обременительной для субъекта с наименьшим значением данного коэффициента. |
|  | Алтайский край | Лазарев Александр Федорович | | | Председатель комитета АКСЗ по здравоохранению и науки, модератор тематической площадки ОНФ «Здравоохранение» в Алтайском крае | | Учитывая внесение в статью 71 Конституции Российской Федерации «медицинской» поправки, которая гласит о установлении единых правовых основ системы здравоохранения считаю, что:  - финансирование объемов медицинской помощи должно быть в полном объеме адекватно принятым стандартам медицинской помощи, средствам поступающими из любых источников. |
|  | Алтайский край | Войтюк Сергей Анатольевич | | | Руководитель РИК ОНФ в Алтайском крае, эксперт ТП «Здравоохранение» | | Учитывая внесение в статью 71 Конституции Российской Федерации «медицинской» поправки, которая гласит о установлении единых правовых основ системы здравоохранения, считаю целесообразным:  - исключить практику вынесения судебных решений по бесплатному обеспечению больных с орфанными заболеваниями дорогостоящими лекарственными средствами, бесплатное обеспечение которыми не предусмотрено нормативно-правовыми актами РФ и не обеспечено расходными бюджетными обязательствами федерального, регионального и муниципального уровней.  -при этом регулярно расширять и обновлять перечень орфанных заболеваний, а также лекарственных препаратов для обеспечения пациентов в рамках программы «7 высокозатратных нозологий». Для недопущения возникновения дефицита в поставке лекарств для пациентов с орфанными заболеваниями, вернутся к вопросу рассмотрения возможности финансирования расходов на их приобретение исключительно за счет федерального бюджета, так как бюджеты большинства регионов не способны перекрыть такие значимые расходные статьи.  ***Обоснование предложения:***  На Прямую линию Президента В.В. Пунина в 2019 году поступило большое количество вопросов с возможностью обеспечить больных со спинальной мышечной атрофией (далее СМА) необходимыми препаратами. К примеру, только в Алтайском крае было 238 таких обращений. Препарат Спинраза, используемый для лечения больных со СМА был зарегистрирован в 2019 году на территории РФ, но не внесен в списки ЖНВЛП (перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов), поэтому в расходных обязательствах бюджетов всех уровней не предусмотрены средства на его приобретение для льготного бесплатного обеспечения больных со СМА. Нужно отметить, что стоимость годового курса лечения данным препаратом обходится более чем в 30 млн. рублей на одного пациента. В Российской Федерации нет прецедентного права, но тем не менее в регионах начинается формироваться судебная практика, в результате которой суды обязывают региональные органы исполнительной власти за счет и без того дотационных региональных бюджетов обеспечивать дорогостоящими лекарственными препаратами, не включенными в список ЖНВЛП, больных орфанными заболеваниями. Суммы указанных исков колоссальны. Например, в Алтайском крае в настоящий момент вынесено уже 9 судебных решений по обеспечению препаратами, поддерживающей терапии при СМА, льготное обеспечение которыми на текущий момент не предусмотрено действующим законодательством, на сумму порядка 1,5 млрд в год на 9 пациентов. При этом весь бюджет региона на льготное лекарственное обеспечение составляет 656,8 млн. рублей на 2020 год. |
|  | Алтайский край | Алтайская региональная общественная организация «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников» | | | Ответ АРОО «Профессиональная ассоциация средних медицинских работников» на Обращение РИК ОНФ в Алтайском крае от 14.07.202 Исх. № ОНФ-22/2-94/2020 | | **Для решения острого кадрового кризиса здравоохранения необходимо:**  **-** Создание условий в медицинских колледжах для увеличения количества выпускников со средним медицинским образованием, в том числе при необходимости увеличение количества медицинских колледжей;  - Внедрение в практику государственного регулирования по распределению выпускников со средним медицинским образованием в соответствии с потребностью медицинских организаций;  - Для стабилизации медицинских и педагогических кадров необходимо предоставление льготной ипотеки с пониженной ставкой от 3% до 6%;  - Законодательно закрепить наличие учебных комнат на базах медицинских организаций для проведения учебных и производственных практических занятий студентов медицинских колледжей;  - Открытие региональных симуляционных центров для проведения подготовки и аккредитации специалистов со средним медицинским образованием. |
|  | Алтайский край | Эксперты ОНФ, представители Минздрава | | | Предложение, выработанное экспертами на заседании волонтерского штаба по работе с обращениями граждан на «Прямую линию Президента в 2019 году» по теме льготного медицинского обеспечения | | 1. **Предусмотреть в законодательстве обеспечение федеральных льготников по всему перечню жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов**, это позволит оптимизировать финансовое планирование на уровне региона и за счёт этого позволит повысить эффективность обеспечения граждан лекарствами. Такое положение закреплено в Территориальных программах государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи субъектов в развитие соответствующих положений Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, за счет регионального бюджета федеральные льготники обеспечиваются лекарственными препаратами, которые не входят в приложение 2 Распоряжения Правительства РФ. Необходимо расширить перечень для федеральных льготников 336 наименований (приложение 2 Распоряжения Правительства РФ от 12.10.2019 № 2406-р) до перечня ЖНВЛП - 758 наименований.  2. **Рассмотреть возможность выдачи рецептурных бланков для льготников на более длительный срок**. В настоящее время рецептурные бланки действительны в течение 30 дней со дня выписывания. Внести изменения в Приказ Минздрава России (Министерство здравоохранения РФ) от 14 января 2019 г. №4н "Об утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения " |
|  | Красноярский край | Сизых Елена Анатольевна | | | КГБУЗ «Красноярская межрайонная больница №2», исполняющая обязанности главного врача, эксперт ТП «Здравоохранение» | | Внести в нормативно-правовые документы положение об ответственности гражданина по охране здоровья в случаях неявки на диспансеризацию (профилактический медицинский осмотр).  Рассмотреть возможность административного штрафа для гражданина в случае отказа (неявки) на диспансеризацию (профилактический медицинский осмотр) в территориальную поликлинику. |
|  | Красноярский край | Белоусова Юлия Борисовна | | | КГБУЗ «Сухобузимская районная больница», главный врач, главный внештатный специалист по вопросам сельского здравоохранения, эксперт ТП «Здравоохранение» | | Рассмотреть возможность лицензирования мобильных ФАП по профилю «фармацевтическая деятельность» в целях своевременного обеспечения лекарственными препаратами жителей удаленных и малочисленных населенных пунктов. |
|  | Иркутская область | Протопопова Наталья Владимировна | | | Заместитель главного врача ГБУЗ Иркутской ордена «Знак Почета» областной клинической больницы по акушерско-гинекологической помощи, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии Иркутской государственной медицинской академии постдипломного образования - филиал ФГБОУ ДПО РМАНП.  Сопредседатель РШ | | Ст.71 Установление единых правовых основ системы здравоохранения:  Создать централизованную систему управления здравоохранением во главе с Минздравом России. Ввести в состав Минздрава России службу санитарно-эпидемиологического надзора и Всероссийский центр медицины катастроф.  Разработать государственную программу действий при чрезвычайных ситуациях, обеспеченную ресурсами. Рассчитать и создать резервы коечных мощностей, подготовленных кадров, запасов СИЗ и медикаментов.  Разработать единые алгоритмы по организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях. |
|  | Иркутская область | Протопопова Наталья Владимировна | | | Заместитель главного врача ГБУЗ Иркутской ордена «Знак Почета» областной клинической больницы по акушерско-гинекологической помощи, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии Иркутской государственной медицинской академии постдипломного образования - филиал ФГБОУ ДПО РМАНП.  Сопредседатель РШ | | Ч 1 ст.72  Увеличить государственные расходы на здравоохранение с 3,5% до 6% ВВП.  Изменить модель финансирования в рамках ОМС: тарифы на медицинские услуги должны базироваться на клинико-экономических стандартах с учетом порядков оказания медицинской помощи, стандартов, клинических рекомендаций и критериев качества медицинской помощи. В медицинских организациях должны быть созданы финансовые и материально-технические возможности.  Должны быть установлены единые базовые оклады (для врачей не менее 4-6 федеральных МРОТ). Компенсационные и стимулирующие выплаты должны проводиться по единым правилам. Установить законодательно обоснованные нормы трудовой нагрузки (продолжительность рабочей недели, максимальное совместительство).  Законодательно утвердить ответственность граждан за сохранение своего здоровья: прохождение диспансеризации, профилактических осмотров, выполнение рекомендаций врача по лечению хронических заболеваний, отказ от вредных привычек (курение, прием алкоголя, наркотиков). |
|  | Иркутская область | Протопопова Наталья Владимировна | | | Заместитель главного врача ГБУЗ Иркутской ордена «Знак Почета» областной клинической больницы по акушерско-гинекологической помощи, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии Иркутской государственной медицинской академии постдипломного образования - филиал ФГБОУ ДПО РМАНП.  Сопредседатель РШ | | Ч 1 ст. 144  Установить льготы медицинским работникам, как военнослужащим, в назначении пенсии за выслугу лет, страхование профессиональных рисков.  Рассматривать правоохранительными органами и следственным комитетом нарушения в оказании медицинской помощи только после проведения профессиональной экспертизы, ведомственного органа (МЗ, управление здравоохранением). |
|  | Иркутская область | Протопопова Наталья Владимировна | | | Заместитель главного врача ГБУЗ Иркутской ордена «Знак Почета» областной клинической больницы по акушерско-гинекологической помощи, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии Иркутской государственной медицинской академии постдипломного образования - филиал ФГБОУ ДПО РМАНП.  Сопредседатель РШ | | Ст. 132  Органы местного самоуправления:  Обеспечивают меры социальной поддержки и привлечение дополнительных кадров в медицинские организации (подъемные, предоставление служебного жилья, обеспечение мест в дошкольных учреждениях, местах отдыха детей). |
|  | Иркутская область | Новожилов Владимир Александрович | | | главный врач ОГАУЗ «Городская Ивано-Матренинская детская клиническая больница», эксперт РО | | Согласно действующему законодательству одной из форм подготовки квалифицированных врачей-специалистов является обучение в клинической ординатуре, длительность обучения составляет 2 года. Обучение в клинической ординатуре осуществляется с полным отрывом от основной работы.  В соответствии с Приказом Минздравсоцразвития РФ от 05.12.2011 N 1475н "Об утверждении федеральных государственных требований к структуре основной профессиональной образовательной программы послевузовского профессионального образования (ординатура)" программу послевузовского профессионального образования (ординатура), могут реализовать только образовательное учреждение или научная организация. Таким образом, обучение в клинической ординатуре осуществляется с отрывом от основного места работы.  В соответствии с Приказом Минздрава России от 27.06.2016 № 419н «Об утверждении порядка допуска лиц, не завершивших освоение образовательных программ высшего медицинского или высшего фармацевтического образования, а также лиц с высшим медицинским или высшим фармацевтическим образованием к осуществлению медицинской деятельности или фармацевтической деятельности на должностях среднего медицинского или среднего фармацевтического персонала», лица, не завершившие освоение образовательных программ высшего медицинского или высшего фармацевтического образования, могут быть допущены к осуществлению медицинской деятельности или фармацевтической деятельности на должностях среднего медицинского или среднего фармацевтического персонала при наличии справки об обучении или о периоде обучения, подтверждающей освоение образовательной программы высшего медицинского или высшего фармацевтического образования в объеме и по специальности (направлению подготовки), соответствующим требованиям к образованию, установленным настоящим Порядком, а также положительного результата сдачи экзамена по допуску к осуществлению медицинской деятельности или фармацевтической деятельности на должностях среднего медицинского или среднего фармацевтического персонала (далее - экзамен), подтвержденного выпиской из протокола сдачи экзамена.  Таким образом, клинический ординатор во время прохождения ординатуры может работать в лечебном учреждении по совместительству только на должности среднего медицинского персонала.  На должность врача, лицо, обучающееся в ординатуре принять нельзя, так как при приеме на работу медицинский персонал, как и все другие сотрудники, представляют в организацию документы в соответствии со статьей 65 Трудового кодекса РФ. При этом предъявление документов о наличии соответствующего медицинского образования является обязательным условием приема на работу. Это объясняется тем, что право заниматься медицинской (фармацевтической) деятельностью, а значит, и быть принятым на должность медицинского работника имеют только те граждане, которые получили специальное образование и сертификат специалиста (Статья 69 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 29.05.2019) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"). В частности, заниматься медицинской деятельностью могут граждане, которые имеют высшее или среднее медицинское образование российского стандарта и сертификат специалиста. У ординатора, так как он не завершил еще обучение, сертификата специалиста нет. Следовательно, должность врача он занимать не может.  Студент-медик, окончивший медицинский университет и получивший диплом врача, не становится сразу врачом-специалистом. Он может работать участковым терапевтом (для выпускников педиатрического и других факультетов есть свои аналоги), но заниматься специализированной медицинской помощью не может, для этого необходимо получение сертификата врача-специалиста.  Согласно федеральным государственным образовательным стандартам высшего образования объем программы ординатуры составляет 120 зачетных единиц, вне зависимости от применяемых образовательных технологий, реализации программы ординатуры с использованием сетевой формы, реализации программы ординатуры по индивидуальному учебному плану, в том числе ускоренному обучению. Объем программы ординатуры в очной форме обучения, реализуемый за один учебный год, составляет 60 зачетных единиц. Таким образом, уже после окончания первого года ординатуры врач-клинический ординатор готов решать профессиональные задачи, в том числе диагностикой заболеваний и патологических состояний пациентов на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования, диагностикой неотложных состояний, а также навыками лечебной деятельности, т.е. оказание специализированной медицинской помощи.  В настоящее время в номенклатуре должностей врачебного персонал есть должность врача-стажера. Согласно Приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 июля 2010 г. N 541н "Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел "Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения" в случае, когда врач-специалист (провизор) имеет перерыв в работе по специальности более 5 лет либо изменяет профиль специальности, требующей специальной подготовки и квалификации, он назначается на должность врача-стажера (провизора-стажера) на период прохождения в установленном порядке профессиональной переподготовки с целью получения специальных знаний, умений и навыков, необходимых для самостоятельной работы в должности врача-специалиста (провизора), и получения сертификата по соответствующей специальности.  Учитывая острый дефицит врачебного персонала, а по данным Росстата, по состоянию на конец 2018 года дефицит врачей в России составил 60 тысяч человек, по этому показателю врачи занимают первое место в стране по нехватке кадров среди специалистов высшего уровня квалификации, необходимо внести изменения в нормативные акты МЗ РФ. А именно возможность трудоустройства врачей-ординаторов после промежуточного экзамена при окончании первого года ординатуры на должность врача-стажера под руководством опытного специалиста, закрепленного лечебным учреждением в котором трудоустраивается врач-стажер, в соответствии с основными квалификационными требованиями по выбранному направлению.  Другими словами мы предлагаем использовать врачей ординаторов второго года обучения в качестве врачей-стажеров в отделениях клинических больниц по специальности ординатуры с заключением соответствующего трудового договора. |
|  | Иркутская область | Новожилов Владимир Александрович | | | главный врач ОГАУЗ «Городская Ивано-Матренинская детская клиническая больница», эксперт РО | | Восстановить субординатуру на шестом курсе. Чтобы все могли иметь общую подготовку. |
|  | Кемеровская область - Кузбасс | Гордеев Михаил Сергеевич | | | Член РШ, модератор ТП «Здравоохранение» РО ОНФ в Кемеровской области,  координатор здравоохранения Беловского городского округа Кемеровской области,  главный врач ГБУЗ КО «Беловская городская больница № 2» | | *Статья 71 пункт е) в ведении РФ находятся установление основ федеральной политики и федеральные программы в области государственного, экономического, экологического, научно-технологического, социального, культурного и национального развития РФ;* ***установление единых правовых основ системы здравоохранения,*** *системы воспитания и образования, в том числе непрерывного образования.*  Ни одна действующая на сегодняшний день федеральная программа по привлечению кадров не является высокоэффективной и не разрешила проблему кадрового дефицита. Программа «Земский доктор» активно претворяется в жизнь в Кузбассе. При этом, выявляются слабые стороны этой программы. Во-первых, молодые врачи стали увольняться из городов, оголяя первичные участки, и сейчас дефицит кадров в первичном звене в городах не меньше, чем в сельской местности. Во-вторых, получая выплаты, молодые врачи приобретают жилье в городской черте, и после отработки пятилетнего срока, уезжают.  Предложение: разработать единые меры соцподдержки для врачебного и среднего медицинского персонала, одинаковые во всех субъектах РФ, позволяющие медицинским работникам иметь достойный уровень жизни. Включение в федеральные программы поддержки медицинских работников – обеспечение их служебным жильем, которое по истечении определенного срока переходит к ним в собственность. |
|  | Кемеровская область - Кузбасс | Егорова Любовь Викторовна | | | Эксперт РО ОНФ | | Определить социальный пакет для медицинских работников, включая доступное, бесплатное получение дорогостоящих высокотехнологичных видов медицинской помощи, лекарственное обеспечение, транспортное обслуживание и санаторно-курортное оздоровление. |
|  | Кемеровская область - Кузбасс | Гордеев Михаил Сергеевич | | | Член РШ, модератор тематической площадки «Здравоохранение» РО ОНФ в Кемеровской области,  координатор здравоохранения Беловского городского округа Кемеровской области,  главный врач ГБУЗ КО «Беловская городская больница № 2» | | *Статьей 4 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» установлено, что к* ***основным принципам охраны здоровья относятся****, в частности: соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;* ***приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи****; ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья;* ***доступность и качество медицинской помощи; недопустимость отказа в оказании медицинской помощи****.*  Медицинская помощь - комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг; пациент - физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния (пп. 3, 9 ст. 2 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации").  В соответствии с пунктом 4 статьи 2 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинская услуга - медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.  Вместе с тем, согласно пункту 2 статьи 19 того же ФЗ каждый имеет право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также на получение платных медицинских услуг и иных услуг, в том числе в соответствии с договором добровольного медицинского страхования.  При этом, платная медицинская услуга, это та же медицинская помощь, но оказанная бесплатно.  Исключить термин «медицинская услуга» из действующего законодательства. |
|  | Кемеровская область - Кузбасс | Гордеев Михаил Сергеевич | | | Член РШ, модератор тематической площадки «Здравоохранение» РО ОНФ в Кемеровской области,  координатор здравоохранения Беловского городского округа Кемеровской области,  главный врач ГБУЗ КО «Беловская городская больница № 2» | | Финансирование здравоохранения РФ осуществляется преимущественно из средств ОМС. При этом, денежные средства из Федерального Фонда ОМС поступают в Территориальные Фонды и из них через страховые медицинские организации (СМО), которые получают за это вознаграждение, доводятся до лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ). Целью страховой медицинской организации является защита прав застрахованных, а также деятельность, направленная на финансовое обеспечение медицинских организация в рамках базовой программы ОМС, что является гарантией получения застрахованными гражданами качественной медицинской помощью. В структуру тарифов на оказание медицинской помощи включены такие основополагающие критерии, как заработная плата с начислениями медицинских работников, оказывающих квалифицированную медицинскую помощь, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, и прочее текущее содержание медицинской организации.  При этом, наложение и взыскание штрафов с медицинских организаций в большинстве случаев осуществляется на основании экспертизы медицинской документации, а не по жалобам застрахованных лиц.  1. Рассмотреть вопрос об отмене 10-ти процентного вознаграждения СМО от экономии средств ОМС в конце отчетного года, так как экономия не связана с действиями СМО, а обусловлена либо неточностью расчета подушевого норматива, либо особенностями потребления медицинской помощи застрахованными.  2. Разрешить СМО формировать РФПМ за счет направления части штрафных санкций при осуществлении контроля качества медицинской помощи для нужд медицинских организаций.  3. Исключить из схемы финансирования медицинской помощи по ОМС одного из посредников, что позволило бы высвободить дополнительные средства и направить их на увеличение тарифов в системе ОМС, в том числе капитальные вложения, расходы на которые на данный момент не предусмотрены структурой тарифа по ОМС.  4. В целях повышения контроля за эффективностью расходования средств ОМС рекомендовать Министерству здравоохранения РФ утвердить единый для всех субъектов РФ перечень оснований для отказа/уменьшения в оплате медицинской помощи и единый перечень санкций. |
|  | Кемеровская область - Кузбасс | Гордеев Михаил Сергеевич | | | Член РШ, модератор ТП «Здравоохранение» РО ОНФ в Кемеровской области,  координатор здравоохранения Беловского городского округа Кемеровской области,  главный врач ГБУЗ КО «Беловская городская больница № 2» | | *Часть 1 статьи 72 пункт ж) в совместном ведении РФ и субъектов РФ находятся координация вопросов здравоохранения,* ***в том числе обеспечение оказания доступной и качественной медицинской помощи, сохранение и укрепление общественного здоровья, создание условий для ведения здорового образа жизни,*** *формирования культуры ответственного отношения граждан к своему здоровью; социальная защита, включая социальное обеспечение*  Ввести монетизацию в виде компенсации затрат на специальную единую карту, использовать можно только на самостоятельное приобретение лекарственного препарата. У пациента появляется возможность самостоятельно приобретать препарат с возможностью доплаты из личных средств.  По федеральной льготе на одного человека предусмотрено 800 рублей в месяц, при этом зачастую на одного пациента требуются лекарственные препараты общей стоимостью 2-3 тыс. рублей. В связи с этим, необходимо увеличение финансирования на обеспечение льготными лекарственными препаратами.  Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» закреплены полномочия по организации льготного лекарственного обеспечения за федеральными органами государственной власти и органами государственной власти субъектов Российской Федерации. За федеральными органами государственной власти закреплены полномочия по реализации Федерального закона от 17.07.1999 №178 «О государственной социальной помощи» (далее ФЗ-178) в части лекарственного обеспечения. Категории граждан, утвержденные ст. 6.2 ФЗ-178, имеют право на льготное лекарственное обеспечение за счет средств федерального бюджета. В соответствии с п. 3, 4 ст. 6.3 ФЗ-178 граждане могут отказаться от получения социальных услуг в части лекарственного обеспечения. Ежегодно отмечается рост процента «отказников», в 2018 – 74%, в 2019 – 75%, в 2020 – 76%. За органами государственной власти субъектов Российской Федерации закреплены полномочия по обеспечению лекарственными препаратами категорий граждан и граждан по категории заболеваний, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 30.07.1994 № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения» (далее ПП-890), за счет средств областного бюджета. При отказе от получения социальных услуг в части лекарственного обеспечения согласно ФЗ-178 гражданин имеет право обеспечиваться лекарственными препаратами на льготных условиях согласно постановлению ПП-890, т.к. ПП-890 утверждены те же категории граждан, которые утверждены ФЗ-178, или по категории имеющегося заболевания, утвержденной ПП-890. Т.е. гражданин получает денежные средства из федерального бюджета и лекарственные препараты из областного бюджета. |
|  | Кемеровская область - Кузбасс | Иванов Андрей Викторович | | | Член РШ, модератор тематической площадки «Здравоохранение» РО ОНФ в Кемеровской области, главный врач ГАУЗ «Кузбасский клинический госпиталь для ветеранов войн» | | Необходимо внести изменения в постановление Правительства Российской Федерации от 30.07.1994 № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения» и в Федеральный закон от 17.07.1999 № 178 «О государственной социальной помощи», увеличив размер норматива финансовых затрат на 1 гражданина, получающего государственную социальную помощь. |
|  | Кемеровская область - Кузбасс | Гордеев Михаил Сергеевич | | | Член РШ, модератор тематической площадки «Здравоохранение» РО ОНФ в Кемеровской области, координатор здравоохранения Беловского городского округа Кемеровской области,  главный врач ГБУЗ КО «Беловская городская больница № 2» | | С 01 июля 2015 года в законодательство введено понятие «орфанный лекарственный препарат» п. 6.1. ст. 4 Федеральный закон от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств».  Возложить полномочия по обеспечению лекарственными препаратами больных редкими (орфанными) заболеваниями на Министерство здравоохранения российской Федерации. Внести изменения в Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в котором разделены полномочия по организации льготного лекарственного обеспечения между федеральными и региональными органами государственной власти. |
|  | Кемеровская область - Кузбасс | Гордеев Михаил Сергеевич | | | Член РШ, модератор тематической площадки «Здравоохранение» РО ОНФ в Кемеровской области,  координатор здравоохранения Беловского городского округа Кемеровской области,  главный врач ГБУЗ КО «Беловская городская больница № 2» | | *Статья 71 пункт е) в ведении РФ находятся установление основ федеральной политики и федеральные программы в области государственного, экономического, экологического, научно-технологического, социального, культурного и национального развития РФ;* ***установление единых правовых основ системы здравоохранения,*** *системы воспитания и образования, в том числе непрерывного образования*  В условиях кратного повышения цен на лекарственные препараты рекомендовать Министерству здравоохранения РФ вернуться к рассмотрению концепции лекарственного страхования для застрахованных по ОМС граждан в масштабах государства. |
|  | Кемеровская область - Кузбасс | Гордеев Михаил Сергеевич | | | Член РШ, модератор тематической площадки «Здравоохранение» РО ОНФ в Кемеровской области,  координатор здравоохранения Беловского городского округа Кемеровской области,  главный врач ГБУЗ КО «Беловская городская больница № 2» | | Основная часть медицинского оборудования (особенно дорогостоящего), которое имеется на сегодняшний день в регионе, поступила либо по нацпроекту в 2007-2008 гг., либо по программе модернизации в 2011-2012 гг. При этом, средств на их техническое обслуживание и ремонт не было предусмотрено. На сегодняшний день износ такого оборудования приближается к 100%. В связи с чем, необходимо формирование фондов (на уровне муниципальных образований, региона, федерации) на ремонт дорогостоящего (тяжелого) оборудования.  Разработать федеральную программу по финансированию региональных резервных фондов для обеспечения постгарантийного обслуживания и ремонта высокотехнологичного медицинского оборудования, приобретенного в рамках государственных программ модернизации. |
|  | Кемеровская область - Кузбасс | Гордеев Михаил Сергеевич | | | Член РШ, модератор тематической площадки «Здравоохранение» РО ОНФ в Кемеровской области,  координатор здравоохранения Беловского городского округа Кемеровской области,  главный врач ГБУЗ КО «Беловская городская больница № 2» | | В соответствии с частью 7 статьи 35 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы на приобретение оборудования стоимостью до ста тысяч рублей за единицу. Предлагается снять данное ограничение с целью недопущения снижения фондооснащенности медицинских организаций. Причина – рост тарифов системы обязательного медицинского страхования и их стопроцентная наполненность финансами, при этом отмечается снижение доходной части региональных бюджетов, за счет которых должна производиться закупка дорогостоящего оборудования.  При этом, закупка оборудования под ответственность руководителей медицинских организаций возможна при соблюдении условий: выполнение установленного уровня заработной платы для категорий персонала и соблюдение структуры тарифа в части медикаментозного обеспечения лечебного процесса. |
|  | Кемеровская область - Кузбасс | Гордеев Михаил Сергеевич | | | Член РШ, модератор тематической площадки «Здравоохранение» РО ОНФ в Кемеровской области,  координатор здравоохранения Беловского городского округа Кемеровской области,  главный врач ГБУЗ КО «Беловская городская больница № 2» | | Внести дополнения в статью 93 Федерального закона № 44-ФЗ от 05.04.2013 «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд», включив возможность заключения государственного контракта на оказание услуг по проведению экспертизы качества медицинской помощи с единственным исполнителем вне зависимости от стоимости такого контракта. |
|  | Кемеровская область - Кузбасс | Строкольская Ирина Леонидовна | | | Эксперт РО ОНФ в Кемеровской области, главный врач ГАУЗ КО «Кемеровская городская клиническая поликлиника №5» | | *Часть 1 статьи 114 пункт в) Правительство РФ обеспечивает проведение в РФ единой* ***социально ориентированной*** *государственной политики в области культуры, науки, образования, здравоохранения, социального обеспечения, поддержки, укрепления и защиты семьи, сохранения традиционных семейных ценностей, а также в области охраны окружающей среды*  Разработать программы поддержки медицинских организаций в части создания положительного имиджа врача. Доводить до населения информацию о положительных примерах работы медицинского работника, о работе с общественными организациями «В помощь врачу!», пропаганда обязательных профилактических мероприятий.  *Часть 1 статьи 72 пункт ж) в совместном ведении РФ и субъектов РФ находятся координация вопросов здравоохранения,* ***в том числе обеспечение оказания доступной и качественной медицинской помощи, сохранение и укрепление общественного здоровья, создание условий для ведения здорового образа жизни,*** *формирования культуры ответственного отношения граждан к своему здоровью; социальная защита, включая социальное обеспечение*  Включить в перечень критериев оценки эффективности доступности и качества медицины в первичном звене результаты мониторинга сердечно-сосудистой смертности на территориях и общей смертности, наличия кардиолога на территории, наличия телемедицинских услуг (дистанционное мониторирование АД и т.д.), проведения профилактических мероприятий (в том числе диспансеризация и профосмотры).  В настоящее время в медицинских организациях активно внедряются медицинские информационные аналитические системы (регистрация и учет обслуживаемых граждан; запись пациентов на обслуживание (электронные регистратуры); ведение электронных медицинских карт; расчеты за оказанную помощь; управление аптечной деятельностью в стационаре; персонифицированный учет лекарственных средств; выписка льготных рецептов; учет временной нетрудоспособности; диагностика; управление питанием в стационаре; анализ деятельности и формирование отчетности).  Внедрение электронной регистратуры позволяет уйти от бумажной работы, реализует принцип «одного окна», позволяет формировать одномоментно электронные направления на все виды медицинских исследований. Электронная система управления плановой госпитализацией на основе ежедневного отслеживания занятости коечного фонда позволяет оптимизировать оказание стационарной помощи, дает возможность врачу поликлиники выбрать стационар для пациента, сокращается очередь на плановую госпитализацию, направления на госпитализацию формируется дистанционно. Дистанционно проводится консультирование пациентов и врачей, наблюдение за параметрами здоровья пациента (АД, показатели ЭКГ и т.д.) с использованием принципов телемедицины. Это особенно важно в условиях ограничений, связанных с условиями эпидемической угрозы.  Однако, в большинстве медицинских организаций существует проблема в устаревании компьютерной техники, серверов, не позволяющих обеспечивать внедрение новых технологий.  Разработать и утвердить федеральную программу по модернизации цифровой среды в медицинских организациях.  *Статьей 4 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» установлено, что к* ***основным принципам охраны здоровья относятся****, в частности: соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;* ***приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи****; ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья;* ***доступность и качество медицинской помощи; недопустимость отказа в оказании медицинской помощи****.*  Для увеличения средств, которые могут быть использованы на реализацию государственных гарантий по обеспечению населения медицинской помощью, рекомендовать пересмотр подушевого норматива для медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в связи с тем, что на данные организации ложится основная часть работы по оказанию медицинских услуг населению. Доступность услуг напрямую зависит от оснащения медицинской организации |
|  | Кемеровская область - Кузбасс | Егорова Любовь Викторовна | | | Эксперт РО ОНФ в Кемеровской области | | По итогам 2018 года осталась невыполненной федеральная «дорожная карта» по достижению фиксированных целевых индикаторов роста заработной платы по всем категориям медицинских работников (врачи, средний и младший медперсонал).  Основная причина данной ситуации – недостаточная финансовая обеспеченность Указа. В поисках финансового обеспечения для повышения оплаты труда медицинских работников в регионах продолжается оптимизация сети учреждений здравоохранения и штатной численности, что, в условиях дефицита кадров, дополнительно увеличивает нагрузку на медработников и влияет на качество оказываемой медицинской помощи. Одним из негативных результатов оптимизации стал массовый перевод санитарок из категории младшего медперсонала в категорию рабочих (уборщиц), что не сказалось не только на уровне их заработной платы и мерах социальной защиты, но и привело к проблемам в организации медицинской помощи.  В основном, формальное достижение контрольных показателей по заработной плате складывается из того, что расчет средней зарплаты производится с учетом дополнительных работ, осуществляемых медработниками в условиях дефицита кадров, зачастую за пределами установленной нормы продолжительности рабочего времени. При этом, гарантированная часть заработной платы (должностной оклад) не увеличивается. Кроме того, имеет место незначительная дифференциация в уровнях оплаты труда среднего и младшего медперсонала.  - Установить систему базовых окладов по профессиональным квалификационным группам работников.  - Установить минимальный размер должностного оклада не ниже МРОТ по профессиям, должностям работников, отнесенных к ПКГ первого уровня, с установлением объективной дифференциации в размерах базовых окладов по ПКГ иных категорий работников.  - Увеличить гарантированную часть заработной платы до 60-70 процентов в структуре заработной платы медицинских работников, что привлечет в отрасль больше молодых специалистов. |
|  | Кемеровская область - Кузбасс | Кошко Наталья Николаевна | | | Член РШ, руководитель центра мониторинга здоровья обучающихся с ОВЗ ГОО «Кузбасский региональный центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи «Здоровье и развитие личности», кандидат биологических наук | | *Часть 1 статьи 72 пункт ж) в совместном ведении РФ и субъектов РФ находятся координация вопросов здравоохранения,* ***в том числе обеспечение оказания доступной и качественной медицинской помощи, сохранение и укрепление общественного здоровья, создание условий для ведения здорового образа жизни,*** *формирования культуры ответственного отношения граждан к своему здоровью; социальная защита, включая социальное обеспечение*  Сохранение здоровья подрастающего поколения является одной из приоритетных задач современного общества. В настоящее время отмечается ухудшение состояния здоровья детей за период обучения в общеобразовательных организациях. Одной из причин данной ситуации является недостаточный уровень реализации мероприятий психолого-педагогического и медицинского сопровождения непосредственно в образовательной организации. В школах отмечается нехватка специалистов по ППМС: психологов, медицинских работников, логопедов, социальных педагогов. Ситуация осложняется тем фактом, что в общеобразовательные организации поступают дети со статусом ОВЗ, которым психолого-медико-педагогической комиссией определен образовательный маршрут, включающий реализацию коррекционно-развивающих мероприятий, которая возможна только при наличии узких специалистов.  На законодательном уровне ввести в общеобразовательных организациях структурное подразделение – службу психолого-педагогического сопровождения с выделением соответствующего количества ставок для штатных специалистов.  Законодательно закрепить сохранение и выработку медицинского стажа для медицинских работников в образовательных организациях. |
|  | Кемеровская область - Кузбасс | Кравчук Наталья Александровна | | | Член РШ | | *Часть 1 статьи 72 пункт ж) в совместном ведении РФ и субъектов РФ находятся координация вопросов здравоохранения,* ***в том числе обеспечение оказания доступной и качественной медицинской помощи, сохранение и укрепление общественного здоровья, создание условий для ведения здорового образа жизни, формирования культуры ответственного отношения граждан к своему здоровью;*** *социальная защита, включая социальное обеспечение*  При определении целесообразности строительства (переоборудования, дооснащения) медицинских организаций первичного звена необходимо учитывать транспортную доступность субъектов ПМСП маршрутами общественного и специализированного транспорта для близлежащих населенных пунктов, в том числе с детским населением. Закрепить обязанность согласования принимаемых решений при взаимодействии министерства дорожного комплекса и министерства здравоохранения РФ.  Разработать и утвердить федеральную программу по проведению модернизации сферы здравоохранения после проведения комплексной ревизии основных фондов (зданий/сооружений, их технического состояния, наличия/отсутствия коммуникаций, высокоростного интернета), ревизии технического оснащения медицинским оборудованием медицинских организаций в соответствии со стандартами, даты производства оборудования и его работоспособность.  Разработать региональную «карту» обеспеченности медицинским персоналом (узкопрофильным, многопрофильным, сестринским, вспомогательным), с учетом имеющихся нормативов в процентном отношении.  Разработать региональную «карту» заболеваемости по видам, профилям, эндемичности и все что позволит провести оценку эпидемиологического состояния региона.  Счетной палате РФ совместно с Генеральной прокуратурой РФ и ФАС РФ провести проверку закупок оборудования и медикаментов в рамках 44-ФЗ у единственного поставщика на предмет сопоставления цен на высокотехнологичное оборудование, использования приобретенного оборудования, запасов медикаментов за последние 5 лет.  С привлечением медицинского профессионального сообщества обеспечить контроль над деятельностью частных медицинских организаций, выполняющих (или готовых к выполнению) государственный заказ (с указанием профилей), ориентированных на государственно-частное партнерство, обеспечив возможность формирования списка недобросовестных. |
|  | Кемеровская область - Кузбасс | Масенко Ярослав Леонидович | | | Эксперт РО ОНФ в Кемеровской области | | С введением порядков оказания медицинской помощи изменились рекомендуемые нормативы штатного расписания, которые не соответствуют установленным тарифам на медицинскую помощь. В результате недостаточность финансирования ведет к сокращению коечного фонда, сокращению штата. |
|  | Кемеровская область - Кузбасс | Иванов Андрей Викторович | | | Член РШ, модератор тематической площадки «Здравоохранение» РО ОНФ в Кемеровской области, главный врач ГАУЗ «Кузбасский клинический госпиталь для ветеранов войн» | | *Часть 1 статьи 114 пункт в) Правительство РФ обеспечивает проведение в РФ единой* ***социально ориентированной*** *государственной политики в области культуры, науки, образования, здравоохранения, социального обеспечения, поддержки, укрепления и защиты семьи, сохранения традиционных семейных ценностей, а также в области охраны окружающей среды*  Повышение роли профсоюзных организаций, обеспечивающих защиту прав медицинских работников в части обеспечения достойной заработной платой.  В связи с этим, основная заработная плата медицинского работника должна формироваться без учета оказания помощи в рамках платных услуг. Таким образом, внебюджетные средства не должны включаться в целевой показатель медицинского учреждения. |
|  | Кемеровская область - Кузбасс | Иванов Андрей Викторович | | | Член РШ, модератор тематической площадки «Здравоохранение» РО ОНФ в Кемеровской области, главный врач ГАУЗ «Кузбасский клинический госпиталь для ветеранов войн» | | *Часть 1 статьи 114 пункт в) Правительство РФ обеспечивает проведение в РФ единой* ***социально ориентированной*** *государственной политики в области культуры, науки, образования, здравоохранения, социального обеспечения, поддержки, укрепления и защиты семьи, сохранения традиционных семейных ценностей, а также в области охраны окружающей среды*  Разработать федеральные нормативные правовые акты по закреплению полномочий и оказанию поддержки общественным организациям пациентов как социально значимому институту гражданского общества (участие в общественном контроле в сфере здравоохранения, как субъекту общественного контроля). Внести изменения в ФЗ «Об общественном контроле в РФ» |
|  | Кемеровская область - Кузбасс | Сибиль Кирилл Валерьевич | | | Эксперт РО ОНФ в Кемеровской области, главный областной специалист  по паллиативной медицинской помощи  Кемеровской области, к.м.н. | | На основании распоряжения Губернатора Кемеровской области-Кузбасса от 19.04.2020 № 51-рг «О дополнительных мерах по противодействию распространению новой коронавирусной инфекции (COVID-19)», пункта 5 протокола поручений по итогам совещания заместителя Губернатора Кузбасса (по вопросам социального развития) Цигельника А.М. с руководителями медицинских организаций 17.04.2020, приказа Министерства здравоохранения Кузбасса от 17.04.2020 № 926 «О дополнительных мерах по недопущению распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19)» с 20 апреля 2020 года медицинские организации оказывающие специализированную медицинскую помощь по профилям «паллиативная помощь», «психиатрия» в стационарных условиях, дома сестринского ухода, так же как и стационарные организации социального обслуживания переведены на 14-ти дневный закрытый режим работы. На основании Постановления Правительства Российской Федерации от 15 мая 2020 г. № 681 (ред. от 27.06.2020) «Об утверждении Правил предоставления в 2020 году иных межбюджетных трансфертов из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации, источником финансового обеспечения которых являются бюджетные ассигнования резервного фонда Правительства Российской Федерации, в целях софинансирования расходных обязательств субъектов Российской Федерации по финансовому обеспечению выплат стимулирующего характера за особые условия труда и дополнительную нагрузку работникам стационарных организаций социального обслуживания, стационарных отделений, созданных не в стационарных организациях социального обслуживания, оказывающим социальные услуги гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция, и лицам из групп риска заражения новой коронавирусной инфекцией" стационарные организации социального обслуживания получают федеральную выплату в размере 40 000 рублей, а сотрудники медицинских организаций оказывающих паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях и работающих в таком же режиме получают областную выплату в размере 6500 рублей с учетом  районного коэффициента на основании Постановлении Правительства  Кузбасса от 26.05.2020 № 311 «Об установлении выплаты работникам  некоторых государственных и муниципальных организаций на период  действия мер по предотвращению распространения новой коронавирусной  инфекции (COVID-19) на территории Кемеровской области – Кузбасса».  Просим рассмотреть вопрос о включении работников медицинских  организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь по  профилям «паллиативная помощь», «психиатрия» в стационарных условиях,  домов сестринского ухода в список получателей стимулирующих доплат, за  особые условия труда из средств федерального бюджета. |
|  | Кемеровская область - Кузбасс | Предложения активистов | | |  | | Предложения по снижению показателей заболеваемости, характерных для Кузбасса:  1. Развивать и совершенствовать профилактическую работу, активнее пропагандировать необходимость регулярного прохождения флюорографии, мотивировать не только крупные предприятия, но и средний и малый бизнес к обязательному проведению диспансеризации работников.  2. Совместно с ГУФСИН совершенствовать лечебно-профилактическую работу с досрочно освобожденными и условно-осужденными. Максимально увеличить охват лечебно-профилактических мероприятий всех освобожденных из мест лишения свободы.  3. Продолжить реализацию мероприятий по оптимизации системы оказания медицинской помощи больным сочетанной патологией туберкулез и ВИЧ на основе мультидисциплинарного подхода к ведению пациентов.  4. Развитие методов химиопрофилактики туберкулеза среди ВИЧ-инфицированных лиц.  5. Разработать и внедрить обучающий курс ОБЖ просветительскую программу по заболеваниям туберкулеза и ВИЧ. |
|  | Республика Бурятия | Колмакова Виктория Викторовна | | | Главный врач Городской поликлиники №2 г.Улан-Удэ  Член РШ | | **Предложения по системе единой политики здравоохранения:**  1) Пересмотр нормативно-правовой базы в части урегулирования рычагов финансирования страховой медицины по созданию оптимальных условий для профилактической работы в первичном звене, с пересмотром подходов подушевого финансирования для оказания первичной медико-санитарной помощи.  2) Разработать модель государственного урегулирования проведения медико-экономических экспертиз страховыми медицинскими компаниями и распределения финансовых средств по результатам их контроля на развитие медицинских организаций.  Разработать единую государственную систему в сфере контроля за деятельностью учреждений здравоохранения в части материально-технического обеспечения для создания критериев оценки необходимости проведения капитальных ремонтов, реконструкций и строительства.  3) Разработать единую модель системы лекарственного обеспечения населения на амбулаторном этапе, взаимодействуя с единой информационной базой данных регистров заболевания пациентов по нозологиям.  4) Создание единых принципов по ведению электронной медицинской документации (шаблоны дневниковых записей, амбулаторных карт, историй болезней, этапных, выписных эпикризов) с возможностью своевременной актуализации из электронных классификаторов, клинических рекомендаций и протоколов.  **Расширение полномочий органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья:**   1. Внести в фз №321изменения, которые конкретизируют перечень прав и обязанностей применительных к органам МО. К примеру, разработка и участие в целевых программах «Кадров здравоохранения», «Эпидемиологической безопасности», формирование здорового образа жизни. 2. По согласованию строительства и по введению объектов недвижимости необходимо для размещения государственных учреждений здравоохранения 3. Обеспечение развития транспортной инфраструктуры с формированием логистики маршрутов транспорта для сообщения с учреждением здравоохранения, обеспечение парковочных стоянок с определением мест для транспортных средств маломобильных граждан и др. 4. Разработка комплексных планов по развитию социально ориентированной политики, с едиными принципами индикативного планирования и контроля за эффективностью реализации и др.   **Предложения по проектному управлению:**  **Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе ЕГИСЗ:**   1. Разработка нормативного акта по стандартизации оказания первичной медико-санитарной помощи по телемедицинскому консультированию специалистами первичного звена. (Проблема: отсутствуют регламентирующие документы по взаимоотношениям между пациентом и врачом при удаленном дистанционном консультировании в поликлиниках) 2. Разработка и утверждение нормативных актов, единых федеральных протоколов обмена данными медицинской информацией. (Проблема: при разнообразии информационных систем в здравоохранении невозможна консолидация информации в едином цифровом контуре на региональном уровне) 3. Разработка регламентирующих актов о внесение поправок в части функционирования геоинформационной системы по расширению критериев в ее включению: строительства ФАПов ( усиление требо ваний и не только это отсутствии учреждения здравоохранения в части установления полномочий разработки критериев   **Обеспечение медицинских организаций здравоохранения квалифицированными кадрами:**   1. В рамках реализации целевой подготовки на 70% уровне бюджетных мест в медицинских ВУЗах по специальности «лечебное дело» и «педиатрия» разработать единые подходы распределения и работы на договорной основе в первый пятилетний период после окончания учебы в государственные медицинские учреждения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь. 2. Пересмотреть законодательные акты в части утверждения образовательных программ, деятельности симмуляционных центров по подготовке фельдшеров и средних медицинских работников в соответствии с требованиями практических рекомендаций Росздравнадзора РФ и клинических рекомендаций Минздрава РФ. 3. Рекомендовать внедрение лучших практик по представлению социальных программ для закрепления медицинских кадров в первичном звене.   **Предложения по социально ориентированной политике:**   1. Пересмотреть семейный кодекс в части обязанности трудоспособных совершеннолетних детей, определяющих своих престарелых нетрудоспособных и нуждающихся в помощи родителей в государственные, коммерческие дома, центры, пансионаты по уходу за пожилыми людьми и инвалидами по ужесточению ответственности, включая повышение размера налоговых выплат. 2. Пересмотреть критерии деятельности и требования при открытии частных пансионатов по уходу за пожилыми людьми и инвалидами. 3. Комплексная система реабилитации на принципах взаимодействия между учреждением социальной защиты и учреждением здравоохранения и санаторно-курортными базами. |
|  | Республика Бурятия | Мадасова Ольга Кузьминична | | | Заместитель главного врача Республиканского центра медицинской профилактики | | 1. систематизировать контроль исполнения федерального закона №15; 2. организовать систему повышения физической активности среди населения через институт дворовых инструкторов, общественных организаций, волонтеров; 3. осуществить мобилизацию всех информационно - коммуникационных каналов, местные СМИ, социальные сети (чаты) на уровне муниципалитета для повышения информированности населения; 4. организовать среди населения расширение зон трезвости через общественные организации; 5. сформировать группы лиц высокого риска по смертности от внешних причин в трудоспособном возрасте с организацией превентивных мероприятий по охране здоровья, профилактики травм и отравлений;   обеспечить доступность для населения контроля артериального давления (аптеки, санаторно-курортные учреждения, магазины, банки и др.) |
|  | Республика Бурятия | Киреенко Максим Сергеевич | | | Сопредседатель РШ | | В пункте ж1 ст. 72 «О доступной и качественной медицинской помощи, защите семьи, материнства, отцовства и детства и защите института брака» говорится об обязанностях властей по защите семьи, материнства, отцовства и детства; защите института брака как союза мужчины и женщины; создании условий для достойного воспитания детей в семье, а также для осуществления совершеннолетними детьми обязанности заботиться о родителях.  При этом несмотря на то, что медицинские работники по сути являются отдельной категорией служащих, во многом схожей с военными и правоохранительными органами для них не существует отдельных льгот и преференций в области создания условия для воспитания детей и защиты брака.  Например, нет льготной очереди в детский сад, школу, нет льготного ипотечного кредитования по примеру военной ипотеки, нет дополнительного отпуска для молодых специалистов с детьми, сокращённого рабочего дня для молодых мам, вышедших на работу до исполнения ребенку 3 лет.  Рассмотреть возможность разработки закона по медицинским работникам по примеру Федерального закона от 27 мая 1998 г. № 76-ФЗ «О статусе военнослужащих». |
|  | Республика Бурятия | Итыгилов Михаил Юрьевич | | | Заместитель главного врача Республиканской  клинической больницы им. Н.А. Семашко/ член правления Медицинской палаты в Республике Бурятия, | | - Рассмотреть возможность разработки Медицинского кодекса, где будут прописаны все права, обязанности медицинских работников.  - Рассмотреть возможность строительства типовых медицинских учреждений, чтобы медицинский работник легко мог ориентироваться в новом учреждении. |
|  | Забайкальский край | Говорин Николай Васильевич | | | Сопредседатель РШ, Депутат ГД РФ | | Многие проблемы в здравоохранении происходят от неравномерного распределения ресурсов. Сейчас конституционная норма потребует ответственности от каждого чиновника не зависимо от того какую должность он занимает. И эта ответственность должна быть наполнена финансовым содержанием и четко представлена в нормативно-правовых документах. Необходимо особо обратить внимание на вопросы совместного ведения российской федерации субъекта, вопросов координации здравоохранения, соблюдения общественного здоровья, создания условий для ведения здорового образа жизни и формирования культуры ответственного отношения граждан к своему здоровью.  В первую очередь необходимо внести изменения в **Федеральный закон N 323 "Об основах охраны здоровья граждан в РФ"**  **Статья 16**  Необходимо конкретизировать  как субъекты и федерация будут разделять полномочия, решать вопросы финансирования муниципального здравоохранения через субсидии, решать вопросы материально технической базы здравоохранения, в том числе строительства больниц, обеспечения транспортом, оборудованием.  **Статья 17**  Обеспечение жильем медицинских работников.  Кроме того, важным является создание и развитие общественного здравоохранения, что позволит перенести из здравоохранения часть нагрузки на общество, чтобы все граждане, все организации, общественные институты могли включать разделы охраны укрепления здоровья в корпоративные организации, где руководитель организации должен уделять огромное внимание здоровью своим подчиненным, нести ответственность за своих подчиненных, работников, стимулировать материально здоровый образ жизни своих работников. Побуждать их к здоровому образу жизни.  Общественное здравоохранение - это деятельность не только государственных муниципальных, но и общественных структур, которые могут на основе секторального, межведомственного взаимодействия реализовывать все мероприятия, которые могут быть направлены на предупреждение и создание благоприятных условий для жизнедеятельности граждан. Необходимо создать новую базу профилактического здравоохранения (превентивная медицина) по предупреждению болезни, формированию здорового образа жизни и создания условий для благоприятного здоровья. |
|  | Амурская область | Платонов Александр Владимирович | | | Главный врач ГБУЗ АО «Амурский областной  кожно-венерологический диспансер».  Председатель правления РОО «Медицинская Палата Амурской области.  Сопредседатель РШ | | 1. Закрепление в Конституции РФ помимо бесплатности, доступности и качества оказываемой помощи, является залогом увеличения продолжительности жизни населения. В настоящее время не всегда люди могут получить доступную и качественную помощь, поэтому конституционное закрепление данных понятий является крайне важным. В данном контексте представляется необходимость улучшения работы фельдшерско-акушерских пунктов, поликлиник, районных и городских больниц.   Обеспечение оказания доступной и качественной медицинской помощи, сохранение и укрепление общественного здоровья, создание условий для ведения здорового образа жизни, формирования культуры ответственного отношения граждан к своему здоровью должно быть реализовано через принятие соответствующих нормативно-правовых актов увеличивающих заработную плату врачей и медицинского персонала, повышение их уровня ответственности через обучение (как профильное, так и деловое), культивирование спорта и здорового образа жизни.  2. Необходимо запустить программу модернизации первичного звена (отремонтировать, оснастить современной техникой и обеспечить машинами и пр.). Минимизировать дефицит врачей в маленьких и отдаленных населенных пунктах путем создания соответствующих условий (обеспечение жильем и материальное обеспечение и пр.).  3. Необходимо увеличить количество бюджетных мест в высших учебных заведениях (в первую очередь в регионах, где не хватает врачей).  4. Необходимо создать условия для ведения здорового образа жизни. Внести изменения и дополнения в части популяризации здорового образа жизни, отказа от вредных привычек. Определить источники финансирования для обеспечения материально-технической базой (спортивные площадки, беговые дорожки) в каждом районе населенного пункта (в зависимости от числа жителей). Предусмотреть поощрения за спортивные достижения. |
|  | Еврейская автономная область | Борисенко Дмитрий Фёдорович | | | Главный врач ОГБУЗ «Детская областная больница» | | Постановление Правительства РФ от 30.07.94 №890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения» входит в противоречие с распоряжением Правительства РФ от 12.10.2019 №2406-Р «Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов на 2020 год, а также перечней лекарственных препаратов для медицинского применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи», в котором для детей до 3-х лет и детей инвалидов указаны все лекарственные средства. В Постановлении №890 ссылок на списки препаратов нет. Предлагаем привести в соответствие данные нормативные акты статье 71, пункта «е» Конституции РФ в части установления единых правовых основ системы здравоохранения. |
|  | Еврейская автономная область | Писарева Ольга Юрьевна | | | Директор ТФОМС ЕАО | | Внести следующие дополнение в ФЗ от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»:  пункт 5 статьи 3 «Основные понятия, используемые в настоящем Федеральном законе изложить в следующей редакции:  «5) страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию (далее-страховое обеспечение) – исполнение обязательств по предоставлению застрахованному лицу необходимой медицинской помощи при наступлении страхового случая и по её оплате медицинской организации в пределах объёмов предоставления медицинской помощи, установленных для данной медицинской организации решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования».  Данное дополнение – «в пределах объёмов предоставления медицинской помощи, установленных для данной медицинской организации решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования» необходимо для соответствия части 5 статьи 3 статье 4 настоящего закона. Статья 4 «Основные принципы осуществления обязательного медицинского страхования» устанавливает необходимость соблюдения одновременно двух принципов: обеспечение гарантий бесплатного оказания медицинской помощи застрахованному и устойчивости финансовой системы обязательного медицинского страхования на основе эквивалентности страхового обеспечения средствам обязательного медицинского страхования.  Арбитражные суды, принимая положительные решения по искам медицинских организаций об оплате всех оказанных объемов медицинской помощи независимо от того, хватило ли объёмов финансовых средств, установленных комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования для страховой медицинской организации, ссылаются на отсутствие у ответчика доказательств, что оказанные медицинские услуги не покрываются страховым обеспечением.  Но на практике, если при финансировании медицинских организаций не соблюдать решения комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования об установлении объёмов медицинской помощи, произойдёт изъятие финансовых средств у одних медицинских организаций для оплаты нерегулируемых объёмов медицинской помощи другим медицинским организациям. |
|  | Чукотский АО | Носкова Наталья Николаевна | | | Руководитель ФКУ «ГБ МСЭ по Чукотскому автономному округу» Минтруда России | | Необходимо принятие мер по созданию в Чукотском АО регионального центра (отделения) комплексной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов. С учетом сложившейся в округе потребности в реабилитации и отсутствием в городе Анадыре помещений, соответствующих требованиям доступности для маломобильных граждан, существует необходимость в строительстве отдельного здания, в котором возможно предусмотреть комплексную реабилитацию и восстановление инвалидов и людей с нарушением здоровья вследствие заболеваний опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистых заболеваний, детского церебрального паралича, патологии органов зрения и слуха, алкогольной зависимости, последствий травм и т.д. В округе имеется потребность в открытии:  - отделения полного цикла по изготовлению протезов нижних и верхних конечностей – от снятия мерки до получения готовых изделий, подбора ортопедической обуви;  - отделения подбора и ремонта слуховых аппаратов с целью коррекции нарушений слуха;  - специализированной библиотеки для слепых;  - кабинета социально-бытовой и социально-средовой адаптации;  - кабинета обучения использованию техническими средствами реабилитации;  - реабилитации алкогольной и наркозависимостей.  Таким образом, первоочередной задачей региональной программы считаем строительство здания для размещения регионального центра комплексной реабилитации. |
|  | Чукотский АО | Макаров Владимир Константинович | | | Врач-рентгенолог отделения туберкулеза легких ГБУЗ «Чукотская окружная больница» (фтизиатр с 50 летним стажем) | | Заболеваемость туберкулезом в Чукотском АО составила в 2012 г. – 129,7, в 2013 г. – 136,2, в 2014 г. - 136,2, в 2015 г. – 154,9, в 2016 г. – 170,1, в 2017 г. – 147,2, в 2019 г. – 136,9 на 100 тысяч населения – это самый высокий показатель в Российской Федерации (РФ в 2019 г. – 41,2). Необходимо принятие федеральной целевой программы по неотложным мерам борьбы с туберкулезом и алкоголизмом на Крайнем Севере. |
|  | Чукотский АО | Вулькынэ Ирина Юрьевна | | | Эксперт Фонда обязательного медицинского страхования | | В региональное отделение Общероссийского Народного фронта продолжают поступать устные и письменные обращения граждан в связи с отсутствием возможности получения лекарственных средств федеральными льготниками, а именно, инвалидами и детьми-инвалидами. Обеспечение лекарствами инвалидов гарантировано нормами Федерального закона от 17.07.1999 №178-ФЗ «О государственной социальной помощи». Отмечается ежегодный рост количества льготников, требующих лечения дорогостоящими лекарственными препаратами, расширяется перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, совершенствуются стандарты оказания медицинской помощи. В связи с этим, увеличивается потребность в бюджетных ассигнованиях на лекарственное обеспечение. Ориентировочная стоимость лечения в год одного пациента, страдающего онкологическим заболеванием составляет от 300 тысяч рублей до 2,5 млн. рублей; пациента, страдающего эндокринными заболеваниями от 50 до 160 тысяч рублей; пациента, страдающего бронхо - легочными заболеваниями от 20 до 40 тысяч рублей, в зависимости от характера и тяжести заболевания. Норматив финансовых затрат 860,6 рублей в месяц на одного гражданина, получающего государственную социальную помощь в виде социальной услуги по обеспечению лекарственными препаратами, медицинскими изделиями, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов, не обеспечивает потребности льготных категорий в полном обьеме и нуждается в повышении. |
|  | г. Санкт-Петербург | Пивень Д.В. | | | эксперт ОНФ | | 1. Ввести в Главу 3 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 N 323-ФЗ новую статью 16.1., изложив её в следующей редакции:  **Статься 16.1. Вопросы совместного ведения Российской Федерации и субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья**  1.К вопросам совместного ведения Российской Федерации и субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья относится координация вопросов здравоохранения, в том числе обеспечение оказания доступной и качественной медицинской помощи, сохранение и укрепление общественного здоровья, создание условий для ведения здорового образа жизни, формирования культуры ответственного отношения граждан к своему здоровью.  2.Координация вопросов здравоохранения, отнесённых к совместному ведению Российской Федерации и субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, в том числе осуществляется путём:  1) реализацией в соответствии с настоящим федеральным законом полномочий федеральных органов государственной власти в сфере охраны здоровья и полномочий органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья;  2) разработки и реализации целевых федеральных и соответствующих целевых региональных программ в здравоохранении;  3) реализации мер по укреплению материально-технической базы регионального здравоохранения, в том числе строительства и капитального ремонта государственных (муниципальных) медицинских организаций, оснащения их необходимым оборудованием и автотранспортом;  4) реализации иных мер в соответствии с настоящим федеральным законом и законодательством Российской Федерации.  3. Финансовое обеспечение мер по координации вопросов здравоохранения, отнесённых к совместному ведению Российской Федерации и субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, указанных в пунктах 1 и 2 части 2 настоящей статьи, осуществляется путём ежегодного предоставления субсидий бюджетам субъектов Российской Федерации из федерального бюджета в соответствии с бюджетным законодательством Российской Федерации».  **Обоснование необходимости принятия предложенной статьи.** Принятие новой ст. 16.1. в предлагаемой редакции позволит не только декларировать координацию важнейших вопросов здравоохранения как предмет совместного ведения Российской Федерации и субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, но и наполнить эту координацию реальной работой, во многом направленной на **укрепление и развитие ресурсной базы регионального здравоохранения**. Часть 2 ст. 16.1. предлагает конкретный перечень мер по координации вопросов здравоохранения, отнесённых к совместному ведению. В том числе к таким мерам предложено отнести указанные в пункте 3 части 2 предлагаемой статьи меры по укреплению материально-технической базы регионального здравоохранения, включая строительство и капитальный ремонт государственных (муниципальных) медицинских организаций, оснащение их необходимым оборудованием и автотранспортом. В части 3 статьи 16.1. предложен конкретный механизм финансового обеспечения данных мер. Таким механизмом должно стать ежегодное предоставление субсидий бюджетам субъектов Российской Федерации из федерального бюджета в соответствии с бюджетным законодательством Российской Федерации. В свою очередь механизм предоставления субсидий бюджетам субъектов Российской Федерации из федерального бюджета по вопросам совместного ведения детально прописан в ст. 132 Бюджетного кодекса Российской Федерации от 31.07.1998 N 145-ФЗ. Таким образом, введение в ФЗ-323 предложенной выше статьи 16.1. позволит на постоянной основе увеличить финансовые вложения в региональное здравоохранение и укрепить его материально-техническую базу.  2. Дополнить **«Статью 17. Полномочия органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья»** Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 N 323-ФЗ новыми полномочиями органов местного самоуправления городских округов и муниципальных районов в сфере охраны здоровья, закрепив их в новом пункте 8, изложив его в следующей редакции:  «8) обеспечение медицинских работников с учетом совместно проживающих с ними членов их семей отдельным жилым помещением в соответствии с нормативами, а также обеспечение детей медицинских работников местами в дошкольных образовательных учреждениях в первоочередном порядке».  **Обоснование необходимости принятия предложенного пункта.** Принятие указанной выше нормы повысит социальную защищённость медицинских работников и будет реально способствовать закреплению медицинских кадров в первичном звене здравоохранения. |
|  | Воронежская область | Бичева Валентина Ивановна | | | Исполнительный директор Союза медицинского сообщества  "Ассоциация работников здравоохранения Воронежской области" | | 1) Закрепить **право граждан на доступную и качественную психотерапевтическую и психологическую помощь** и создание условий для сохранения психического здоровья.  Это положение необходимо также закрепить как в Федеральном законе от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», так и в законе РФ от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».  2) Кроме того, считаем, что при разработке принципов реализации поправок, необходимо принятие подзаконного акта, регламентирующего финансовое обязательство власти, которая имеет отношение к здоровью конкретного человека, нуждающегося в высокотехнологической медицинской помощи, обеспечить его такой помощью на всей территории Российской Федерации. В противном случае отказ от оказания данной помощи на всей территории Российской Федерации будет являться нарушением конституционных прав гражданина.  3) Для «обеспечения оказания доступной и качественной медицинской помощи» необходимо предоставить медицинскому учреждению возможность оказывать медицинскую помощь согласно потребности населения в данном виде помощи, а не лимитировать количество оказания выделенными объемами.  Как показала уже многолетняя подобная практика - в оказании ДОСТУПНОЙ помощи населению, в частности в специализированных клиниках 3 и 4 уровня, возникает дефицит выделенных объемов и формируется многомесячная очередь на ожидание плановой медицинской помощи, в том числе и высокотехнологичной.  4) Внести изменения в действующие нормативно-правовые акты с включением новой статьи о получении медикаменитов на безвозмездной основе лицами, инфекционное заболевание которых непосредственно связано с пандемией.  5) **Относительно статьи 132**:  - поручение органам местного управления обеспечивать доступность медпомощи «в пределах своей компетенции» не поддерживает принцип централизованного управления в здравоохранении, который активно обсуждается в последнее время.  Согласно принятой резолюции VIII Международного Конгресса «ОРГЗДРАВ -2020» одно из основополагающих предложений:  - Восстановить централизованную модель управления здравоохранением и повысить эффективность управления в отрасли.  Считаем, что «предел своих компетенций» должен разумно коррелировать с принципами возрождения отечественной медицины, и развитие регионального здравоохранения не должно отличаться от пути развития здравоохранения на федеральном уровне.  Предлагаем включить в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ и в другие соответствующие законодательные и распорядительные акты Федерального уровня законодательную форму об обязательном распределении граждан России, получивших высшее медицинское и среднеспециальное медицинское образование за счёт средств федерального бюджета. |
|  | Республика Башкортостан | Галимов Айрат Рамирович | | | невролог ГБУЗ Республиканский наркологический диспансер № 1 (г. Уфа), судмедэксперт в АНО "Консультативная судебная медицина" | | Вернуть субординатуру на 6-м курсе, отменить аккредитацию с англо-саксонскими принципами и баллами НМО, перевести правоприменительтную практику по ч.2 ст. 109 УК РФ в плоскость АДМИНИСТРАТИВНОГО кодекса! |
|  |  | Давыдов Герман Анатольевич | | | Врач-радиолог МРНЦ им. А.Ф.Цыба | | Установить базовый оклад врачам на уровне средней зарплаты в регионе, не отменяя существующие надбавки. Аналогично научным сотрудникам-врачам. |
|  | Ставропольский край | В.А. Зеленский | | | Вице-президент СтАР и стоматологической  ассоциации Ставропольского края, Главный детский  стоматолог МЗ СК и МЗ РФ по СКФО, член правления  профильной комиссии МЗ РФ по детской стоматологии | | 1. Необходима коррекция терминологии законодательной базы с заменой термина, оказание «медицинской услуги» на «оказание медицинской помощи населению», это позволит обеспечить адекватное и рациональное функционирования сферы здравоохранения в условиях распространения коронавирусной инфекции (COVID-19). 2. Предлагаем утвердить на федеральном уровне, для МО государственной системы здравоохранения, единый базовый должностной оклад медработникам не меньше 75% от заработной платы.   3) Предлагаем лимит закупки медицинского оборудования для лечебного процесса медицинской организации повысить с 100 000 рублей до 600 000 рублей, с ежегодной индексацией на процент инфляции.  4) Предлагаем рекомендовать ФОМС разработать мероприятия по использованию нормированного страхового запаса в целях обеспечения выплаты гарантированной заработной платы работникам системы здравоохранения.  5) Предлагаем вернуть в государственные МО младший медицинский персонал (санитарки), так как, перевод младшего медицинского персонала в уборщики служебных помещений, привел к дефициту кадров из-за низкого уровня оплаты труда. Заложить денежные средства на оплату труда в тариф оказание медицинской помощи в системе ОМС.  6) О проекте присоединения стоматологических МО к районным больницам (далее - РБ), по мнению авторов, объединение стоматологических поликлиник с РБ приведет к экономии денежных средств за счет сокращения штата административно-вспомогательного персонала стоматологических МО.  На текущий момент, юридически самостоятельные стоматологические поликлиники эффективно управляются, не имеют кредиторской задолженности, финансируются по одноканальному принципу. Основное материальное обеспечение и техническое переоснащение стоматологических МО осуществляется за счет средств от оказания платных медицинских услуг населению.  Предлагается, в процессе слияния, перераспределить средства от предпринимательской деятельности и выпадающие доходы от сокращения рабочих мест стоматологических МО использовать для погашения кредиторской задолженности больниц.  При подобной организации, стоматологическая служба теряет возможность возобновлять материальную базу, проводить техническое переоснащение, следовательно, специалисты лишаются условий оказывать стоматологическую помощь с соблюдением клинических рекомендаций. Это неизбежно приведет к снижению качества и доступности оказания стоматологической помощи населению, сбоям в инновационном развитии отрасли и снижению объемов стоматологической помощи до уровня удаления зубов.  **Ходатайствую о поддержке и содействии в сохранении стоматологической службы как самостоятельной отрасли медицины**.  7) По поправкам к статье 132 (органы местного самоуправления)- выполнять эти поправки не представляется возможным, так как, система муниципального здравоохранения реформирована и у муниципалитетов в массе своей, нет лечебных учреждений, которые могли бы обеспечить доступность медицинской помощи в пределах компетенции органов местного самоуправления. |
|  | Новосибирск | Задворнова | | | МЕДСАНЧАТЬ 168 | | ПРЕДЛАГАЮ НАДЕЛИТЬ МЕД ОРГАНИЗАЦИИ ПРАВОМ ОТКАЗАТЬСЯ ОТ ПОЛЬЗОВАНИЯ РЕГИОНАЛЬНОЙ МИС ЕСЛИ ОНА СИЛЬНО МЕШАЕТ РАБОТЕ МЕД ПЕРСОНАЛА |
|  | Курганская область | В.Ф.Чернов | | | Председатель Ассоциация медицинских работников Курганской области | | 1. **Пересмотреть Стратегию развития здравоохранения в РФ, в которой следует выделить ряд главных направлений:**   - пересмотреть цели и задачи развития здравоохранения в РФ на перспективу 5 – 7 лет;  - выделить, как первоочередные, Национальные проекты «Доступность первичной медико-санитарной помощи населению РФ», «Медицинские кадры в РФ», «Информатизационные технологии в здравоохранении РФ». Другие Национальные проекты следует решать во вторую очередь, по мере реализации первоочередных;  - определить форму организации системы здравоохранения по принципу государственного страхования жизни и здоровья граждан РФ, ее реформирование и адаптацию к реальным социально-экономическим условиям РФ;  - определить форму управления (самоуправления) системой здравоохранения на федеральном, государственном и муниципальном уровне на современном этапе развития здравоохранения в РФ;  - определить направление и перспективы развития 3-х уровневой системы организации здравоохранения в РФ, ее цели и задачи;  - с учетом реальных социально-экономических условий РФ особое внимание уделить развитию медицинской помощи сельскому населению РФ;  - определить источники и размеры финансирования государственной системы здравоохранения на период 5 – 7 лет и первоочередных Национальных проектов с учетом увеличения доли здравоохранения в ВВП;  - провести ревизию законов в сфере здравоохранения, нормативных актов Министерства здравоохранения, ФФОМС, Росздравнадзора и др. в свете поправок к Конституции РФ;  - инициировать ревизию регионального и местного законодательства, затрагивающего сферу здравоохранения;  - разработать и выдвинуть предложения по коррективам законодательства РФ в других сферах деятельности, затрагивающих систему здравоохранения;  - остановить прессинг административно - бюрократического аппарата на всех уровнях, как реально препятствующего развитию здравоохранения в РФ;  - разработать нормативную базу юридической, правовой и профессиональной защиты медицинских работников и, медицинского сообщества в целом, от внешних угроз;  - расширить сферу участия профессионального медицинского сообщества в системе здравоохранения РФ с делегированием ему отдельных функций управления;  - сформулировать новые критерии и контрольные показатели достижения поставленных целей Стратегии развития здравоохранения РФ новом этапе.  **2) Предложения в развитие ст.71 «Установление единых правовых основ системы здравоохранения …»**  **Следует вернуть действующей сегодня системе медицинского страхования истинное социально ориентированное значение.**  **Пояснение.** В настоящее время сложившаяся система медицинского страхования играет исключительно роль финансового распорядителя – некое подобие «казначейства» - для обеспечения подушевого финансирования Программы госгарантий без какой-либо страховой ответственности перед государством и застрахованным лицом за конечный результат.  За охрану здоровья граждан в РФ – перед государством и гражданином - отвечает только непосредственный исполнитель – государственная исполнительная система в сфере здравоохранения, не имея в своих руках главного рычага управления финансовыми ресурсами. Это было бы терпимо, если бы само государство в форме ФЗ № 326 не определило передачу государственных средств для выполнения своих же страховых обязательств через сеть частных коммерческих организаций, не требуя от них никакой страховой ответственности перед страхователем за конечный результат. Ни ФФОМС и его отделения, ни частные страховые медицинские организации не отвечают ни за здоровье граждан, которых они страхуют, ни за реализацию Национальных проектов, ни за кадровый голод в здравоохранении РФ, ни за доступность медицинской помощи в РФ.  Поэтому никто никогда не видел в качестве ответчика в судебных делах частные страховые медицинские организации по искам застрахованных лиц. (прим. Все страховые медицинские организации являются частными коммерческими организациями, и для них государственное медицинское страхование граждан в РФ является, по факту, не больше, чем одна из форм бизнеса, в том числе на обороте гигантских финансовых средств обязательного государственного медицинского страхования граждан РФ).  **Отсутствие практики возмещения ущерба застрахованному лицу страхователем, каким является частная страховая медицинская организация – это и есть главный тормоз в развитии медицинского страхования в РФ.**  Замалчивание этого очевидного негативного явления государственного масштаба в медицинском сообществе, в органах исполнительной и законодательной власти в свете «новой» Конституции РФ становится нетерпимым.  **2.1. Предложения - в целях развития единой социально ориентированной политики в РФ (ст. 71 Конституции РФ) Разработать и внести соответствующие поправки:**  - в ФЗ от № 323 и ФЗ № 326, внести поправки, устанавливающие прямую материальную ответственность медицинской страховой организации (или ТФОМС), как непосредственного юридического участника страхования, перед застрахованным лицом и возмещения ему причиненного материального ущерба, закрепленного в форме отдельного Порядка или Положения о материальной компенсации ущерба застрахованному лицу.  - поправки, устраняющие диспаритет цен (тарифов) на оказание равнозначной медицинской помощи в государственных медицинских организациях различного уровня.  **Пояснение:** Государственное регулирование цен на медицинские услуги в государственной системе здравоохранения носит дискриминационный характер по отношению к медицинским организациям 1-го и 2 –го уровня и, следовательно, по отношению к сельскому населению страны в целом. Методика расчета тарифов на оказание медицинской помощи медицинскими организациями разного уровня устанавливает тарифы за идентичные медицинские услуги в единой государственной системе здравоохранения, которые отличаются на 25 – 40 процентов в пользу медицинских организаций 3 уровня.  При этом тарифы на идентичные медицинские услуги, выполняемые в более сложных условиях, каковыми и являются услуги в медицинских организациях 1 уровня (включая МО сельских и небольших городских муниципальных образований), должны оцениваться выше. А в нашей системе государственного здравоохранения – все наоборот!  На рынке медицинских услуг первичная медико-санитарная помощь 1-го и большей части 2-го уровня, особенно в сельской местности, становится не конкурентноспособной и даже убыточной. Доля заработной платы в бюджетах медицинских организаций может превышать 85 и более процентов («деньги попросту проедаются». Огромное большинство медицинских организаций, расположенных в сельской местности, не имеют средств к развитию и постоянно находятся в состоянии кредиторской задолженности. Возможно, экономически и финансово самодостаточные территории спонтанно регулируют эти цены на региональном уровне за счет местного бюджета. Но большая часть России разрешить самостоятельно эту проблему своими силами не может, обрекая сельское население на социальное неравенство, и, что еще хуже, - на исход с российских родных земель.  Таким образом, пересмотр тарифов и методики их расчетов на оказание медицинской помощи на всех уровнях организации государственной системы здравоохранения РФ - это и есть реализация новых положений Конституции РФ.  В итоге, единая политика (термин Конституции РФ) в области экономики здравоохранения в РФ подлежит пересмотру с целью расширения доступности и развития первичной медико-санитарной помощи и прежде всего, сельскому населению в РФ.  **2.2. Предложения по дополнениям в ФЗ от 11.11.2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» :**  - **ст. 16.Полномочия органов государственной власти субъектов РФ.** **Ввести понятие о 3-х уровневой государственной системы здравоохранения РФ;**  **Предлагается текст:**  «По решению уполномоченных органов исполнительной власти субъектов РФ могут создаваться иные структуры управления здравоохранением, не противоречащие законодательству РФ в сфере здравоохранения, с наделением их отдельными полномочиями и функциями государственного регулирования».  **Пояснение:**  Жестко централизованная система регионального планирования и управления не позволяет оперативно реагировать на быстро меняющиеся условия медицинской деятельности на местах  Ст.132 Конституции РФ не может быть реализована без передачи части полномочий органов исполнительной власти субъектов РФ на муниципальный уровень.  Речь идет также о формировании медицинских округов на базе медицинских организаций 2-го уровня.  **2.3** **в ст. 58 ФЗ № 323 «Медицинская экспертиза» внести дополнение – «независимая профессиональная общественная медицинская экспертиза» - (Предложение для обсуждения);**  **2.4. Предложения и поправки в ст. 76 ФЗ № 323 «Профессиональные некоммерческие организации…»:**  Вернуть в ст. 76 ФЗ № 323 право профессиональной некоммерческой медицинской организации заниматься контролем качества медицинской помощи в медицинских организациях и дополнить - правом проводить экспертизу качества медицинской помощи.  **Пояснение.**  Считаем данную поправку к ст. 76 ФЗ № 323 первоочередной, поскольку ее отсутствие делает НМП, региональные профессиональные медицинские организации и медицинское сообщество в целом – беззубыми перед лицом внешних и внутренних угроз медицинскому сообществу.  Более того, лишение права профессиональной некоммерческой медицинской организации выполнять функции профессионального контроля качества и независимой профессиональной экспертизы качества медицинской помощи делает беспомощным участие организованного медицинского сообщества в вопросах юридической и правовой защиты медицинских работников и практически бессильным представлять интересы медицинской общественности на всех уровнях власти. По сравнению с предыдущим текстом ст. 76 ФЗ № 323, - это шаг назад, и в этих условиях роль профессионального общественного объединения медицинских работников становится декоративной в полном смысле этого слова!  **Предлагаемый текст:**  - **«…Вправе проводить контроль и экспертизу качества медицинской помощи по запросам медицинских организаций всех форм собственности, органов власти и отдельных граждан РФ»**  **Пояснение:**  В отличие от **формулы «контроль качества», - формула «экспертиза качества»** имеет иное смысловое содержание, которое принимается как документ, имеющий особое значение в юриспруденции. Данная формулировка существенно дополняет контрольные функции, осуществляемые профессиональными общественными медицинскими организациями, представляя интересы медицинского сообщества в различных сферах.  **Примечание:**  ст. 76 и ст. 58 ФЗ № 323 должны корреспондировать между собой.  **2.5 Дополнительное замечание и предложение к ст. 76 ФЗ № 323**  Положение статьи 76 ФЗ № 323 об участии профессиональной общественной медицинской организации в работе органов медицинского страхования должно быть конкретизировано. Предлагается кроме участия в разработке Программ государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи (в рамках федеральной или территориальной программ), **ввести право контроля и независимой профессиональной медицинской экспертизы качества проведения экспертизы, проводимой медицинскими страховыми компаниями и Территориальными организациями ФФОМС.**  **-** дополнить ст. 76 ФЗ № 323 следующим текстом:  «Имеет право (вправе) участвовать в организации и проведении лицензирования медицинских организаций всех форм собственности и частных лиц на право заниматься тем или иным видом медицинской деятельности»  **3) В развитие положений – поправок к ч.1 ст. 114 Конституции РФ – «Социально ориентированная политика …».**  Логика поправки к данной статье Конституции РФ означает, что нормативные подзаконные акты, ограничивающие права граждан РФ в получении медицинской помощи, должны быть пересмотрены.  Должны быть пересмотрены большинство Порядков оказания медицинской помощи по профилям специальностей, с точки зрения доступности первичной медико - санитарной помощи. Речь идет, прежде всего, **о повседневной доступности первичной специализированной медицинской помощи** по наиболее массовым профилям, как в стационарных, так и в амбулаторных условиях. Например, по профилю «детская хирургия» и «детская урология и андрология», «травматология и ортопедия», «урология» и многие другие. Если экстренная и неотложная медицинская помощь по различным профилям действует устойчиво, то повседневная специализированная первичная медико - санитарная медицинская помощь в плановом или неотложном порядке в амбулаторных и стационарных условиях остается по-прежнему недоступной.  **3.1. Предлагается:**  - разработать Порядки оказания медицинской помощи по профилям заболеваний (специальностей) с учетом 3 –х уровневой системы оказания медицинской помощи в РФ.  - инициировать через Минтруда и Минздрав пересмотр и дополнения к профессиональным медицинским стандартам с учетом доступности элементов первичной специализированной помощи на всех уровнях медицинской помощи;  - ввести понятие профессиональной медицинской компетенции (знание и умение) по основному и сопутствующим профилям медицинской деятельности (специальности) на соответствующем уровне оказания медицинской помощи.  **4) О роли муниципальной власти в здравоохранении (к ст. 132 Конституции РФ).**  **Общее замечание.** Муниципальная власть, в соответствии с законом о местном самоуправлении и др. федеральными актами, ответственна за организацию медицинской помощи в той мере, в какой ее полномочия определены, главным образом, законодательством субъекта РФ.  **4.1. Предложения:**  - для реализации своих полномочий в области здравоохранения органам местной (муниципальной) власти (возможно, медицинским организациям 2-го уровня – центрам медицинских округов) должны быть делегированы не только права, но и необходимые региональные и федеральные ресурсы (кадры, материально-техническое обеспечение, соответствующие объемы медицинской помощи с гарантированным равным финансированием за равный труд).  **Пояснения.**  - Законодательство РФ должно учитывать потребности муниципальных сельских, как правило, не самодостаточных, дотируемых муниципальных образований, отдельной строкой в бюджете региона и в правительственных РФ актах по принципу социальной справедливости, равенства всех граждан и равной доступности медицинской помощи.  - Без гарантированного обеспечения муниципальных образований соответствующими ресурсами ждать помощи от муниципальной (местной) власти помощи в решении проблем здравоохранения РФ нереально, и оно - муниципальное здравоохранение - обречено на деградацию, чему в немалой степени способствует действующее федеральное и региональное законодательство РФ в сфере здравоохранения.    **5) Предложения (дополнения) в ФЗ от 29.10.2011 г. № 326 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»**  **5.1. Главное дополнение в Федеральный закон №326:**  - разработать «Положение о материальной ответственности страховой медицинской организации перед застрахованным лицом». Данное обязательство вытекает из самой сущности страхования, как формы деятельности, установленной государством по Конституции РФ.  Отсутствие нормы материального возмещения причиненного вреда не только государству, но и застрахованному лицу – это и есть узаконенная форма коррупционной деятельности любой страховой организации.  (Частичное повторение из ст. 76 ФЗ № 323)  - внести предложение об участии профессиональной общественной медицинской организации в работе ТФОМС.  «Работа в органах медицинского страхования» должна быть конкретизирована. Например:  - участие в подготовке проектов Территориальной программы госгарантий;  - обсуждение и анализ профессиональных медицинских ошибок и реэкспертиза качества оказания медицинской помощи.  **5.2. Предлагается:**  **-** кроме участия в разработке Программ государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи (в рамках федеральной или территориальной программ**),**  - ввести право контроля и независимой профессиональной медицинской экспертизы качества проведения экспертизы, проводимой медицинскими страховыми компаниями и Территориальными организациями ФФОМС.  - Внести поправки к положениям приказа ФФОМС № 36 «о реэкспертизе» – участие профессиональной некоммерческой медицинской организации в проведении реэкспертизы случаев, отмеченных, как дефект качества медицинской помощи.  - участие в обсуждении штрафных санкций к медицинским организациям;  - обсуждение проектов использования неснижаемого страхового запаса ТФОМС для целей здравоохранения;  - тарифная политика ТФОМС и  - другие направления участия профессиональной некоммерческой организации в деятельности ТФОМС.  **5.3. Предлагается:**  **- передать функцию контроля качества оказания медицинской помощи застрахованному лицу (гражданину) в государственных медицинских организациях – на уровень Территориальныхотделов ФФОМС.**  **6) Кадровая проблема (не укладывается в отдельные нормативные рамки)**  Проблема доступности первичной специализированной помощи вызвана не только объективными причинами охлаждения интереса к медицине со стороны нового поколения молодых специалистов к своей профессии и падением престижа медицинского работника, но и бездумной политикой ограничений и регламентаций , препятствующей профессиональному росту и вообще ограничивающей со всех сторон медицинскую деятельность сначала на первичном, а теперь и на специализированном уровне.  Если система российского здравоохранения, обладая едва ли не самым крупным в мире кадровым потенциалом, испытывает кадровый голод, то это, очевидно проблема лежит внутри самой системы здравоохранения. По большому счету, вина за кадровый дефицит лежит на высокоспециализированном «лобби стационарной медицины», которая всегда отстаивала интересы своей узкой высокооплачиваемой профессии, не считаясь с повседневными запросами первичной медицинской помощи в каждом городе и в каждом селе. Подчиненное положение первичной помощи прекрасно видно в каждом Порядке по каждому медицинскому профилю.  Бюрократическая система здравоохранения своим безмерным администрированием и безграничной системой надзора, контроля и отчетности мешает раскрытию творческого потенциала медицинского работника и тем самым отвращает его не только от медицины, но и вообще от гуманизма. В этом тоже кроится причина потерь медицинских кадров!  **6.1. Предложения. (частичное повторение предложений по ч.1 ст. 132 Конституции РФ)**  Следует пересмотреть номенклатуру медицинских специальностей в РФ, сократив ее до 30 – 35 ед..  Ввести понятие профессиональной компетенции, включив в нее знания и умения специалистов по тем или иным специальностям достаточно узкого профиля.  Подлежат пересмотру профессиональные стандарты специалистов, которые в настоящее время ориентированы на исключительно ограниченные знания и умения, слишком не соответствующие образовательным стандартам, полученным специалистом в высшей школе.  При таком количестве медицинских специальностей и профилей (более 90) нам никогда не решить кадровую проблему здравоохранения в РФ! |
|  | Волгоград | О.А. Гуро | | | Главный в/штатный специалист по медицинской реабилитации ЮФО МЗ.РФ  Засл. врач РФ, к.м.н. | | **В части 1 статья 72:**  Обратить внимание на организованную работу Центров здоровья.  Обновить диагностическую аппаратуру Центров здоровья, организованных в 2009 - 2010 годах, имеющих высокий процент износа, в рамках государственной программы. Обновление диагностической аппаратуры необходимо для единообразия данных скринигового обследования населения. Результатом продолжения профилактической работы с населением первой и второй группы здоровья, ранняя выявляемость факторов риска и осуществление своевременной программы реабилитации.  Всем спортивным объектам, независимо от форм собственности в обязательном порядке выделять не менее 2 часов в день на бесплатное посещение спортивных сооружений, лицами пенсионного возраста, студентами, учащимися. Создание условий малоимущему населению – для осуществления возможности получения организованных оздоровительных занятий физкультурой, позволит сохранить и укрепить общественное здоровье в целом  **В статье 132:**  Приказом Министерства здравоохранения России внести изменения в организацию работы врачебно-физкультурной службы. Отразить в приказе соответствие функциональных обязанностей врачебно-физкультурных диспансеров с настоящим государственным заданием врачебно-физкультурной службы России. Внести в государственное задание ранее существующие функции по определению толерантности к физической нагрузке всех возрастных групп населения. И на основании индивидуального подхода осуществлять реабилитационные мероприятия в условиях врачебно-физкультурных диспансеров. В настоящее время в рамках государственного задания разрешена работа только со спортсменами региона. Работа с населением оздоровительными формами физической культуры в рамках бюджетного финансирования исключена. |
|  | Омск |  | | |  | | 1. Разработка дополнительных нормативных правовых актов на уровне субъекта РФ и муниципального образования, предусматривающих дополнительные меры социальной поддержки медицинским работникам, осуществляющим трудовую деятельность в сельской местности. 2. Пункт 21 части 2 ст. 26.1 Федерального закона «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» изложить в следующей редакции: «21) организации и обеспечения оказания доступной и качественной медицинской помощи населению субъекта Российской Федерации первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и паллиативной медицинской помощи, проведения медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований в медицинских организациях, подведомственных исполнительным органам государственной власти субъекта Российской Федерации;». 3. Статью 4 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» дополнить пунктом следующего содержания: «сохранение и укрепление общественного здоровья, создание условий для ведения здорового образа жизни, формирования культуры ответственного отношения граждан к своему здоровью». 4. Статью 7 Федерального закона «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» дополнить пунктом следующего содержания: «обеспечить создание условий для ведения здорового образа жизни, формирования культуры ответственного отношения граждан к своему здоровью, направленных на предотвращение воздействия табачного дыма на окружающих и сокращение потребления табака, на территориях субъектов Российской Федерации». |
|  | Москва | Родионова Екатерина Михайловна | | | доцент | | 1. Система набора студентов. Она должна быть как в военные училища. То есть : строгие требования к здоровью абитуриента и студента; подписка о том, что в случае эпидемии, студент пойдет работать с больными, куда направят (это служба!).  Ну за исключением уважительных причин (беременность, роды, дети). Без женщин в медицине нельзя - это педиатры, акушеры-гинекологи, другие профессии. Но и они должны набираться как на службу.  В военных училищах при приёме проводят психологические тесты на годность к будущей профессии, у нас тоже нужны такие тесты.  2. В мединституте учить у постели больного. Не секрет, что сейчас, будет ли кафедра со студентами в отделении больницы или нет, зависит от главного врача. Этого не должно быть. В каждом отделении в клинической больнице должна быть учебная  комната для студентов мед.вуза или училища. И не важно, что думает главный врач - это практическая подготовка к государственной службе врачей или медсестер.  Для примера, в Морозовской детской больнице построен новый корпус в котором вообще не выделены учебные комнаты ни в одном отделении. В других отделениях в старых корпусах также нет учебных комнат. Учебные комнаты для студентов находятся вне пределов отделений, а некоторые вообще на чердаке, в технических помещениях. Вот такая вот практическая подготовка.  3. Врачи должны проходить очные курсы повышения квалификации, сохранением зарплаты и за государственный счет. Представляете себе, как танкиста направить на обучение онлайн, без танка и за свой счет? Почему-то с военными эта нелепость понятна, а с врачами нет.  С учетом того, что эпидемии и  катастрофы всегда возможны, и они внезапны, необходимо проводить очные учения врачей и медсестер. Не только военных медиков, а всех медиков всех центров (платных и бесплатных). |
|  | Москва | Таварткиладзе Г.А. | | | Президент  Национальной медицинской ассоциации сурдологов | | Национальная медицинская ассоциация сурдологов считает необходимым при подготовке, или внесении изменений в нормативные акты (приказы Минздрава РФ, Постановления Правительства РФ) в разделе аудиология предусмотреть:  - обязательное проведение скрининговых исследований у новорождённых детей для выявления нарушений слуха и обеспечение родовспомогательных и детских учреждений необходимой для этой цели аппаратурой;  - расширение сети лечебных учреждений для проведения и изучения эффективности кохлеарной имплантации   Справочно: в Российской Федерации свыше 13 млн больных с нарушениями слуха; на 1000 родов- 1-2 случая новорождённых с глухотой. |
|  | Тюменская область | Чесноков Евгений Викторович | | | Президент Тюменской врачебной ассоциации | | **статья 71**:  В ведении Российской Федерации находятся:  Пункт "е) установление основ федеральной политики и федеральные программы в области государственного, экономического, экологического, научно-технологического, социального, культурного и национального развития Российской Федерации; **установление единых правовых основ системы здравоохранения,** системы воспитания и образования, в том числе непрерывного образования;";  Внесение в Трудовой кодекс РФ следующих дополнений и изменений:  - Установка единой тарификации должностей и специальностей работников здравоохранения по всей России с обязательным применением районных коэффициентов.  - Прямое финансирование, без посредников в виде фондов и страховых организаций.  - Установка норм труда (к-во приёмов, осмотров, обследований, исследований на 1 ставку) и строгий контроль за их выполнением.  - Работа врача и средних медицинских работников только на одну ставку, запрет совместительства и работы за пределами нормальной продолжительности рабочего времени.  - Приведение трудовых отношений в строгое соответствие трудовому кодексу. Убрать «эффективные контракты» и другие ущемляющие права работающих нормы и нормативы. Разработка и внедрение поощрительных стимулирующих мер.  - Приведение рабочих мест в соответствие порядкам оказания медицинской помощи и нормам по охране труда. Проведение независимой аттестации рабочих мест.  - Законодательное установление врача субъектом гражданской юрисдикции, с возможностью обязательного страхования ответственности.  **часть 1 статьи 72:**  В совместном ведении Российской Федерации и субъектов Российской Федерации находятся:  Пункт "ж) координация вопросов здравоохранения, **в том числе обеспечение оказания доступной и качественной медицинской помощи, сохранение и укрепление общественного здоровья, создание условий для ведения здорового образа жизни**, формирования культуры ответственного отношения граждан к своему здоровью; социальная защита, включая социальное обеспечение;"  Внесение в N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" и подзаконные акты следующих дополнений и изменений:  - Запрет оказания платной медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях.  - Безусловный первостепенный приоритет оказания бесплатной медицинской помощи детям с орфанными и другими заболеваниями в государственных и муниципальных медицинских организациях. Лечение детей, при необходимости и за рубежом, это обязанность государства и должно производится за счёт государства, а не пожертвований граждан.  - Доступность обеспечивается за счёт увеличения штатов, создания новых амбулаторий, ФАПов, увеличения коечного фонда. Пересмотр нормативов оказания МП.  - Качество обеспечивается за счёт снижения нагрузки на врачей, внедрение и использование новейших методов диагностики и лечения, оснащение и пользование новым оборудованием.  - Создание условий для ведения здорового образа жизни возможно осуществить минимизацией либо полным отсутствием платы за пользование спортивными площадками, спортивными сооружениями. Создание бесплатных спортивных и оздоровительных секций для несовершеннолетних граждан, граждан предпенсионного и пенсионного возраста.  **часть 1 статьи 114**:  Правительство Российской Федерации:  Пункт "в) обеспечивает проведение в Российской Федерации единой  **социально ориентированной** государственной политики в области культуры, науки, образования, здравоохранения, социального обеспечения, поддержки, укрепления и защиты семьи, сохранения традиционных семейных ценностей, а также в области охраны окружающей среды;";  Внесение в федеральные и муниципальные нормативные акты обязательного законодательного исполнения принципа доступности и равенства для всех граждан во всех сферах. Создание льготных условий для социально не защищённых граждан.  **статья 132:**  Органы местного самоуправления:  а) часть 1 изложить в следующей редакции:  "1. Органы местного самоуправления самостоятельно управляют муниципальной собственностью, формируют, утверждают  и исполняют местный бюджет, вводят местные налоги и сборы, решают иные вопросы местного значения, а также в **соответствии с федеральным законом обеспечивают в пределах своей компетенции доступность медицинской помощи.";**  Внесение в N 323ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", подзаконные акты и нормативные акты органов местного самоуправления следующих дополнений и изменений:  - Выделение помещений и зданий под ФАП, поликлиники и другие необходимые организации здравоохранения.  - Развитие сети ФАПов, поликлинических пунктов, организация выездного обслуживания, проведение диспансеризации, вакцинации.  - Организация работы общественного транспорта с возможностью беспрепятственно и удобно добираться до организаций здравоохранения. |
|  | Москва | И.М.Сон | | | И.о. Директора ЦНИИОИЗ Минздрава России | | 1. **Предложения о внесении изменений в текст Федерального закона от 21 12 2011 г №323-Ф3 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»:**   **1)Статью 2** дополнить пунктами 24, 25,26,27,28 следующего содержания:   * 1. пункт 24 -общественное здравоохранение - совокупность государственных муниципальных и иных структур, обеспечивающих на основе межведомственного взаимодействия реализацию мероприятий по охране и укреплению здоровья, а также формирование культуры здоровья и благополучия, создание благоприятной среды для жизнедеятельности граждан посредствам организованных действий, предпринимаемых обществом.   2. пункт 25 -организация (учреждение) общественного здравоохранения - юридическое лицо, независимо от организационно-правовой нормы осуществляющее деятельность в сфере охраны здоровья населения методами, не связанными с медицинской деятельностью и реализующее основные функции общественного здравоохранения.   3. пункт 26 -услуга общественного здравоохранения - это мероприятие или комплекс мероприятий, осуществляемых организованными действиями общества, государства, а также другими физическими или юридическими лицами, направленными на сохранение и укрепление здоровья населения путем воздействия на социальные, экономические, экологические и поведенческие детерминанты здоровья.   4. пункт 27 -межведомственное взаимодействие в интересах охраны здоровья населения - скоординированная политика и действия государственных и муниципальных органов власти, ведомств и секторов общества, направленные на формирование единой профилактической среды.   5. пункт 28 -специалист общественного здравоохранения - это специалист, работающий в различных отраслях народного хозяйства, в учреждениях и организациях разных форм собственности, структурах гражданского общества и прошедший начальную подготовку по основам общественного здравоохранения. Он организует и участвует в профилактических мероприятиях, обучении здоровому образу жизни, в реализации программ охраны здоровья населения, является основным исполнителем профилактических мероприятий в системе межведомственного взаимодействия.   6. **Статью 4** дополнить пунктом 10) «участие структур гражданского общества».   1.7. **Статью 12 пункт 1** изложить в следующей редакции: «разработки и реализации программ укрепления здоровья, снижения распространенности факторов риска заболеваний, воздействия на социальные детерминанты здоровья, программ формирования здорового образа жизни, в том числе программ снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ».  1.8. **Статью 17 пункт 1** Создание условий для оказания медицинской помощи населению в соответствии дополнить подпунктами:  1.8.1 Органы местного самоуправления создают следующие условия для обеспечения доступности бесплатной медицинской помощи населению муниципального образования:  а) участие в укомплектовании и обучении медицинских кадров, целевом направлении и распределении выпускников учебных заведений;  б) формирование предложений по размещению, строительству, ремонту медицинских организаций и иных объектов в сфере охраны здоровья на территории местного самоуправления исходя из потребностей населения;  в) обеспечение транспортной доступности медицинских организаций для всех групп населения, в том числе инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями;  г) обеспечение беспрепятственного и бесплатного использования медицинскими работниками средств для перевозки пациентов в ближайшую медицинскую организацию в случаях, угрожающих его жизни и здоровью;  д) содействие в развитии первичной медико-санитарной помощи, в том числе инфраструктуры, оснащения, формирования муниципального заказа и целевых показателей на выполнение мероприятий по сохранению и укреплению здоровья населения, развитию домовых хозяйств;  е) организация межведомственного взаимодействия и вовлечения населения в сферу общественного здравоохранения, поддержка проектов, направленных на укрепление здоровья;  ж) содействие в применении телемедицинских технологий;  з) поддержка развития паллиативной помощи, инфраструктуры, системы ухода, волонтерского движения.  и) организация обеспечения коммунальными услугами государственных медицинских организаций, расположенных на территории соответствующего муниципального района, городского округа, в том числе путем создания и развития инженерной и коммунальной инфраструктуры;  к) организация транспортного обслуживания населения между поселениями в границах муниципального района с учетом местонахождения медицинских организаций;  л) организация мероприятий по транспортировке тел (останков тел) умерших или погибших в места проведения патологоанатомического вскрытия, судебно-медицинской экспертизы и предпохоронного содержания.  м) безвозмездное предоставление государственным медицинским организациям, расположенным на территории соответствующего муниципального образования, имущества, находящегося в муниципальной собственности;  н) установление налоговых льгот по местным налогам для государственных медицинских организаций, расположенных на территории соответствующего муниципального образования, в соответствии с законодательством о налогах и сборах;  о) организация благоустройства территорий, прилегающих к государственным медицинским организациям, расположенным на территории соответствующего муниципального образования;  п) предоставление на безвозмездной основе помещений и обеспечение необходимых условий для работы отделений и кабинетов государственных медицинских организаций в муниципальных образовательных учреждениях (дошкольные образовательные учреждения, общеобразовательные учреждения) за счет средств местного бюджета, в том числе оплата коммунальных услуг (электро-, тепло-, водоснабжение и водоотведение), услуг по вывозу и утилизации твердых бытовых отходов, услуг связи;  р) организация взаимодействия с руководителями медицинских организаций всех форм собственности и предприятий (организаций), расположенных на территории соответствующего муниципального образования, по вопросам доступности медицинской помощи населению муниципального образования;  с) содействие в согласовании условий при размещении и утверждении акта выбора земельного участка для проектирования намеченных к строительству медицинских организаций в соответствии с градостроительным и земельным законодательством Российской Федерации;  т) установление дополнительных мер социальной поддержки и социальной помощи медицинским и медицинских и фармацевтических организаций, участвующих в территориальной программе, расположенных на территории соответствующего муниципального образования;  у) создание благоприятных условий для привлечения медицинских и фармацевтических работников к работе в медицинских организациях в целях устранения дефицита медицинских кадров в соответствующем муниципальном образовании, в том числе:  предоставление жилых помещений из муниципального специализированного жилищного фонда в соответствии с жилищным законодательством Российской Федерации;   * предоставление первоочередного права на зачисление в муниципальное образовательное учреждение дошкольного образования детей медицинских и фармацевтических работников; * формирование мотивации молодежи к обучению в образовательных учреждениях среднего и высшего профессионального медицинского образования;   **1.9.) Статью 17 пункт 6** изложить в следующей редакции: «реализация на территории муниципального образования мероприятий по укреплению здоровья населения, профилактике заболеваний, продлению жизни, воздействию на социальные детерминанты здоровья посредствам организованных действий, предпринимаемых обществом, межведомственного взаимодействия и развития структур общественного здравоохранения в соответствии с законом субъектов Российской Федерации».  **1.10. В статье 29 часть 1 пункт 2** изложить в следующей редакции: «разработка и осуществление мероприятий по укреплению здоровья, предупреждение и профилактика заболеваний, воздействие на социальные детерминанты здоровья, формирование здорового образа жизни на основе межведомственного взаимодействия и участия гражданского общества».   * 1. **В статье 29 часть 2** после слова «частной» дополнить словом «общественной».   2. **Статью 29 дополнить частью 6:** «систему общественного здравоохранения составляют органы управления межведомственного взаимодействия, юридические, физические лица, в том числе организации общественного здравоохранения, общественные объединения, осуществляющие деятельность в сфере охраны здоровья методами, не входящими в понятие медицинская деятельность».   3. **В статье 30 пункт 2** после слов «общественными объединениями» дополнить словами «и другими структурами общественного здравоохранения на основе межведомственного взаимодействия».   4. **Главу 5 дополнить статьей 36.3.Организация системы общественного здравоохранения:**  1. общественное здравоохранение - совокупность государственных муниципальных и иных структур, обеспечивающих на основе межведомственного взаимодействия реализацию мероприятий по охране и укреплению здоровья, а также формирование культуры здоровья и благополучия, создание благоприятной среды для жизнедеятельности граждан посредствам организованных действий, предпринимаемых обществом. 2. услуги общественного здравоохранения оказываются в целях реализации основных функций общественного здравоохранения: мониторинг состояния здоровья и благополучия, влияния факторов окружающей среды, условий труда, обеспечение межведомственного взаимодействия в интересах здоровья, содействие в обеспечении безопасности окружающей среды, труда, пищевых продуктов и др., реализация мероприятий по укреплению здоровья, включая воздействие на социальные детерминанты здоровья, формирование культуры здоровья и благополучия, здорового образа жизни. 3. услуги общественного здравоохранения оказываются специалистами общественного здравоохранения, отдельными гражданами, имеющими соответствующую подготовку и деятельность которых разрешена законодательством Российской Федерации. 4. в целях оказания гражданам услуг общественного здравоохранения могут создаваться общественные объединения, коммерческие и некоммерческие организации, в том числе организации общественного здравоохранения».   **2. Предложения о внесение изменений в Федеральный закон от 06 10 2003г №131- ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации»**  2.1. В Главу 3 Федерального закона №131-ФЗ Вопросы местного значения в статью 14. Вопросы местного значения городского, сельского населения, в статью 15. Вопросы местного значения муниципального района, в статью 16. Вопросы местного значения муниципального, городского округа смотреть представленные в Предложениях о внесении изменений в текст Федерального закона от 21 12 2011 г №323-Ф3 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» с последними изменениями и дополнениями на 2019г Пункт 1.8.1. Органы местного самоуправления создают следующие условия для обеспечения доступности бесплатной медицинской помощи населению муниципального образования:  а) участие в укомплектовании и обучении медицинских кадров, целевом направлении и распределении выпускников учебных заведений;  б) формирование предложений по размещению, строительству, ремонту медицинских организаций и иных объектов в сфере охраны здоровья на территории местного самоуправления исходя из потребностей населения;  в) обеспечение транспортной доступности медицинских организаций для всех групп населения, в том числе инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями;  г) обеспечение беспрепятственного и бесплатного использования медицинскими работниками средств для перевозки пациентов в ближайшую медицинскую организацию в случаях, угрожающих его жизни и здоровью;  д) содействие в развитии первичной медико-санитарной помощи, в том числе инфраструктуры, оснащения, формирования муниципального заказа и целевых показателей на выполнение мероприятий по сохранению и укреплению здоровья населения, развитию домовых хозяйств;  е) организация межведомственного взаимодействия и вовлечения населения в сферу общественного здравоохранения, поддержка проектов, направленных на укрепление здоровья;  ж) содействие в применении телемедицинских технологий;  з) поддержка развития паллиативной помощи, инфраструктуры, системы ухода, волонтерского движения.  и) организация обеспечения коммунальными услугами государственных медицинских организаций, расположенных на территории соответствующего муниципального района, городского округа, в том числе путем создания и развития инженерной и коммунальной инфраструктуры;  к) организация транспортного обслуживания населения между поселениями в границах муниципального района с учетом местонахождения медицинских организаций;  л) организация мероприятий по транспортировке тел (останков тел) умерших или погибших в места проведения патологоанатомического вскрытия, судебно-медицинской экспертизы и предпохоронного содержания.  м) безвозмездное предоставление государственным медицинским организациям, расположенным на территории соответствующего  муниципального образования, имущества, находящегося в муниципальной собственности;  н) установление налоговых льгот по местным налогам для государственных медицинских организаций, расположенных на территории соответствующего муниципального образования, в соответствии с законодательством о налогах и сборах;  о) организация благоустройства территорий, прилегающих к государственным медицинским организациям, расположенным на территории соответствующего муниципального образования;  п) предоставление на безвозмездной основе помещений и обеспечение необходимых условий для работы отделений и кабинетов государственных медицинских организаций в муниципальных образовательных учреждениях (дошкольные образовательные учреждения, общеобразовательные учреждения) за счет средств местного бюджета, в том числе оплата коммунальных услуг (электро-, тепло-, водоснабжение и водоотведение), услуг по вывозу и утилизации твердых бытовых отходов, услуг связи;  р) организация взаимодействия с руководителями медицинских организаций всех форм собственности и предприятий (организаций), расположенных на территории соответствующего муниципального образования, по вопросам доступности медицинской помощи населению муниципального образования;  с) содействие в согласовании условий при размещении и утверждение акта выбора земельного участка для проектирования намеченных к строительству медицинских организаций в соответствии с градостроительным и земельным законодательством Российской Федерации;  т) установление дополнительных мер социальной поддержки и социальной помощи медицинским и фармацевтическим работникам медицинских и фармацевтических организаций, участвующих в территориальной программе, расположенных на территории соответствующего муниципального образования;  у) создание благоприятных условий для привлечения медицинских и фармацевтических работников к работе в медицинских организациях в целях устранения дефицита медицинских кадров в соответствующем муниципальном образовании, в том числе:  предоставление жилых помещений из муниципального специализированного жилищного фонда в соответствии с жилищным законодательством Российской Федерации;   * предоставление первоочередного права на зачисление в муниципальное образовательное учреждение дошкольного образования детей медицинских и фармацевтических работников; * формирование мотивации молодежи к обучению в образовательных учреждениях среднего и высшего профессионального медицинского образования; |
|  | Санкт-Петербург |  | | | «Врачи Санкт-Петербурга» | | **Предложения по реализации внесенных поправок в Конституцию РФ в части внесения изменений в действующее законодательство, регулирующее нормирование структуры расходования средств ОМС.**  Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» дает возможность привлекать к реализации программ государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи медицинские организации частной формы собственности. Благодаря этому во многих регионах Российской Федерации стали активно развиваться социально-значимые проекты государственно-частного партнерства, что позволило повысить доступность и качество медицинской помощи при одновременной экономии бюджетных средств.  За счет инструментов государственно-частного партнерства практически полностью обеспечена потребность в оказании диализной помощи, значительная часть высокотехнологичной помощи в области репродуктологии (ЭКО), развиваются проекты в диагностике, онкологии, первичной медико-санитарной помощи.  Фактором, тормозящим развитие проектов, реализованных с применением механизмов государственно-частного партнерства, а также снижающим эффективность государственных и муниципальных медицинских организаций, работающими в рамках системы ОМС, является нормирование структуры расходования средств ОМС.  Частью 7 статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» установлен перечень 26 статей расходования средств ОМС. В некоторых регионах до сих пор вводится дополнительное регулирование финансовой деятельности медицинских организаций, работающих в системе ОМС.  Жесткое нормирование структуры расходования средств ОМС не позволяет эффективно управлять финансовыми ресурсами, оперативно принимать решения по обеспечению лечебного процесса, выполнению расходных обязательств. Несамостоятельность медицинских организаций в вопросах управления денежными средствами негативно влияет на развитие медицинской инфраструктуры, на доступность и качество медицинской помощи:   1. проекты, реализующиеся с применением механизмов государственно-частного партнерства, развиваются слабо, так как среди статей расходования средств ОМС не предусмотрена прибыль, что означает невозможность вернуть инвестиционную составляющую для частного партнера за счет средств, полученных за оказание медицинской помощи, что приводит к необходимости для переходить на осуществление технической эксплуатации вместо целевой или искать возможности получения доходов из иных источников, что в результате снижает эффективность работы в рамках системы ОМС; 2. государственные и муниципальные медицинские организации не стремятся к управленческой, хозяйственной, операционной, финансовой эффективности, не имея возможности заработать для медицинской организации средства, полученные за оказанную медицинскую помощь в рамках ОМС, которые могли бы быть использованы для улучшения медицинской инфраструктуры и сервиса для пациентов, что приводит к развитию платных услуг, вынуждающих пациентов платить за сервис, который должен быть для них бесплатным.   Вышеуказанные факторы приводят к снижению доступности и качества медицинской помощи в реализации программ государственных гарантий и приводят к снижению показателей эффективности в рамках реализации национальных проектов.  Частные медицинские организации неоднократно обращались к федеральным органам исполнительной и законодательной власти с просьбой внести изменения в законодательство, разрешающие при действующих тарифах свободное расходование средств, полученных за оказание медицинской услуги. Результатом явилась бы возможность использования сложившихся в экономике финансовых инструментов для развития и реконструкции инфраструктуры отрасли здравоохранения, что привело бы к интенсивному росту инвестиций и качественному рывку в области государственно-частного партнерства.  **Исходя из вышеизложенного, просим внести следующие изменения:**   1. дополнить раздел приказа «Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи» положениями о рекомендательном характере требований по установлению в тарифном соглашении структуры тарифов в процентном отношении по направлениям расходования средств ОМС, соотношения заработной платы по категориям персонала и выделению доли средств на финансовое обеспечение стимулирующих выплат, а также включить положение о том, что устанавливаемые процентные соотношения не распространяются на порядок расходования средств ОМС негосударственными медицинскими организациями. 2. внести изменения в действующее законодательство, предоставляющие возможность организациям использовать средства обязательного медицинского страхования, полученные в качестве оплаты за оказанную медицинскую помощь, по своему усмотрению в соответствии с уставными целями, что позволит:   а) частным медицинским организациям возвращать инвестиции, вложенные в проект;  б) государственным и муниципальным медицинским организациям осуществлять вложения в медицинскую инфраструктуру, позволяя тем самым экономить средства регионального и федерального бюджетов и наращивать операционную (хозяйственную и управленческую) эффективность.  **Предложения по реализации внесенных поправок в Конституцию РФ в части внесения изменений в действующее законодательство, регулирующее оказание бесплатной первичной медико-санитарной помощи**  **Описание ситуации**  С целью реализации п. е) ст.71 п. ж) ч. 1 ст. 72 в отношении бесплатной первичной медико-санитарной помощи (далее – ПМСП) необходимо уточнить наличие у субъектов Российской Федерации (далее – РФ) полномочий по распределению зон обслуживания и передаче населения на обслуживание новым медицинским организациям любой формы собственности.  Существенным условием обеспечения качества и доступности медицинской помощи, указанной в Конституции, является появление новых объектов медицинской инфраструктуры и новых медицинских организаций. Ранее новые объекты возникали только путем строительства новых поликлиник или амбулаторий в рамках действующих государственных и муниципальных учреждений здравоохранения.  Сейчас к реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи стали привлекаться организации частной формы собственности: начиная с 2013 субъекты РФ заключают с частными компаниями соглашения о создании и последующей эксплуатации объектов здравоохранения (далее – Соглашения). Целью данных соглашений является обеспечение доступности и высокого качества оказания ПМСП населению. Созданные объекты обеспечивают оказание медицинской помощи в рамках системы ОМС, без платных услуг. Соглашения, предметом которых было сотрудничество с целью обеспечения доступности и качества оказания ПМСП, заключены не менее чем в 11 регионах страны, в том числе: Санкт-Петербург, Ленинградская область, Смоленская область, Костромская область, Ульяновская область, Белгородская область, Челябинская область, Новгородская область, Республика Коми, Томская область, Вологодская область.  Основными преимуществами, которыми обладают вышеуказанные соглашения являются быстрые сроки реализации проектов, экономия бюджетных затрат на появление новых объектов медицинской инфраструктуры, внедрение современных стандартов оказания медицинской помощи в бесплатном здравоохранении.  Независимо от выбранного механизма реализации (концессии, ГЧП, ГЧВ), в случае создания объекта для оказания ПМСП, распределение обязательств между частным инвестором и регионом, выглядят следующим образом:   1. Обязательства инвестора: создание объекта необходимой мощности в соответствии с утвержденными порядками оказания медицинской помощи и оказание медицинской помощи населению в соответствии с утвержденными объемами планового задания. 2. Обязательства субъекта РФ: гарантии возможности получения определенного объема финансирования в рамках ОМС, что обеспечивается гарантиями передачи территории обслуживания и определенного количества населения. В редких случаях могут оговариваться частичная компенсация затрат на создание объекта или льготная аренда.   Подобное распределение обязательств объясняется тем, что ПМСП оказывается по территориально-участковому принципу. Территория и количество населения жестко диктуют, с одной стороны, параметры объекта и, с другой стороны, необходимый объем финансирования новой медицинской организации.  Гарантируя новой медицинской организации передачу территории и населения, субъект РФ гарантирует новой поликлинике необходимое финансирование в рамках ОМС, утверждаемое Комиссией по разработке территориальной программы в соответствии с нормативами Территориальной программы и действующим Тарифным соглашением субъекта РФ.  Однако, действующее законодательство не дает чёткого ответа для региональных органов исполнительной власти в части наличия у них полномочий по распределению зон для обслуживания населения по территориально-участковому принципу не только для государственных, но и для частных организаций.  Единственно законным часто видится путь прикрепления населения к новой медицинской организации только путем подачи застрахованными заявлений на выбор медицинской организации. Вышеуказанный путь в рамках сформированной тарифной политики системы ОМС делает реализацию новых проектов невозможной по экономическим причинам: отсутствие населения на старте работы не дает права Комиссии утвердить плановые объемы и финансирование для новой медицинской организации, а страховым компаниям оплатить оказанную медицинскую помощь. Финансирование остается в государственной медицинской организации, которая вынуждена продолжать обслуживание участков, что означает отсутствие необходимости в новой медицинской организации.  Сомнения региональных органов власти в полномочиях по передаче территорий и населения на обслуживание являются сдерживающим фактором развития проектов создания объектов для оказания первичной помощи.  В связи с вышеизложенным, необходимо внесение изменений в нормативно-правовые акты, регулирующие передачу территорий и прикрепление населения к медицинским организациям. Внесенные изменения позволят субъектам РФ принимать уверенные решения, необходимые появления новых объектов, оказывающих ПМСП населению регионов.  **Предложения по внесению изменений:**  **Дополнить Приложение к приказу №406-н Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26.04.2012 г. следующим пунктом:**  «Застрахованные лица, не реализовавшие право выбора медицинской организации путём написания личного заявления, а так же застрахованные лица, реализовавшие свое право на выбор медицинской организации для оказания первичной медико-санитарной помощи путем написания личного заявления в медицинскую организацию до ее ликвидации или реорганизации, получают первичную медико-санитарную помощь по территориально-участковому принципу в соответствии с зоной обслуживания, утверждаемой региональными органами исполнительной власти в сфере здравоохранения для медицинских организаций любой формы собственности, участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам.»  **Изложить часть 16 Статья 100. Заключительные положения. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в следующей редакции:**  «Лицам, имеющим право на выбор врача и выбор медицинской организации в соответствии с положениями части 2 статьи 21 настоящего Федерального закона, до момента реализации указанного права первичная врачебная медико-санитарная помощь оказывается гражданам врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами) и фельдшерами, по территориально-участковому принципу в соответствии с зоной обслуживания, утверждаемой региональными органами исполнительной власти в сфере здравоохранения для медицинских организаций любой формы собственности, участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи.» |
|  | Москва | М.А. Годков   |  | | --- | | Т.В. Вавилова | | | | Президент Ассоциации специалистов  и организаций лабораторной службы  "Федерация лабораторной медицины", д.м.н.   |  | | --- | | Главный внештатный специалист  по клинической лабораторной диагностике Минздрава России,  д.м.н., профессор | | | **По ст.71:**   1. Восстановить централизованную систему управления здравоохранением в стране во главе с Минздравом России с подчинением Минздраву России санитарно-эпидемиологической службы. Определить как приоритетную централизацию управления и своевременную мобилизацию ресурсов при высоких биологических угрозах. Изменить модель финансирования здравоохранения со страховой на бюджетную. Заменить в нормативных документах термин «медицинская услуга» на «медицинская помощь», определить понятия «пациенто-ориентированный» подход, «риск-ориентированный» подход, «система внешнего контроля качества», «локальный документ». 2. Внести изменения в Федеральный закон № 44-ФЗ о закупках. Отечественные изделия медицинского назначения должны иметь экономические преференции перед импортными при условии подтверждения их качества в сравнении с импортными аналогами. 3. Необходимо формирование неснижаемого и постоянно обновляемого стратегического запаса расходных материалов и реагентов для лабораторной диагностики. Распределение и поставки расходных материалов, оборудования и др. медицинских изделий при биологических угрозах и неблагоприятной эпидемиологической ситуации (пандемия) осуществлять в централизованном порядке на федеральном уровне. 4. Ускорить развитие отечественной базы промышленного производства медицинских изделий стратегического назначения, в том числе: СИЗ, боксов биологической безопасности и оборудования для молекулярно-генетических исследований, расходных материалов – лабораторного пластика, реагентов, оборудования. 5. Разработать и принять Федеральный закон о in vitro диагностике, регламентирующий деятельность лабораторной службы как особого раздела медицинской отрасли. Для формирования единого информационного пространства и межведомственного взаимодействия гармонизировать Федеральный закон о in vitro диагностике с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным законом РФ от 30.03.1999 г. № 52-ФЗ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения", Федеральным законом от 28.12.2013 N 412-ФЗ "Об аккредитации в национальной системе аккредитации" с требованием стандартизации лабораторных исследований на основании рекомендаций ВОЗ и национальных стандартов. 6. Внести изменения в Федеральный закон от 26 июня 2008 года N 102-ФЗ "Об обеспечении единства измерений" и в Федеральный закон от 27.12.2019 N 496-ФЗ "О внесении изменений в Федеральный закон "Об обеспечении единства измерений" и исключить из реестра средств измерения (СИ) все анализаторы лабораторные с функциями, законодательно закреплёнными при регистрации Росздравнадзором.   Перечень средств измерений в лабораторной медицине, подлежащих гос. регулированию, должен формироваться Минздравом РФ и согласовываться с Росстандартом (как и предусматривает ФЗ 102) совместно с профессиональным экспертным сообществом.   1. Исключить из гос. реестра утвержденных типов средств измерений позиции, не входящие в перечень измерений в лабораторной медицине, подлежащих гос. регулированию. 2. Разработать предложения по изменению кадрового обеспечения и подготовки специалистов медицинских лабораторий в условиях высоких биологических рисков. 3. Внести изменения в часть 4 статьи 3 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» по определению страхового случая в условиях биологических угроз и его оплате за счет средств ОМС для осуществления мероприятий в соответствии с постановлениями Правительства РФ и Главного государственного санитарного врача Российской Федерации. 4. Внести изменения в часть 2 статьи 212 и часть 2 статьи 213 Трудового кодекса Российской Федерации об обязанностях работодателя организации обследований медицинских работников и иных контингентов в условиях биологических угроз за счет бюджетного финансирования в целях охраны здоровья населения, предупреждения возникновения и распространения заболеваний. 5. Сформировать предложения по внесению изменений в Санитарные нормы и правила на основе риск-ориентированного подхода, в том числе к требованиям, обеспечивающим безопасную работу медицинских лабораторий различного уровня, с учетом рекомендаций ВОЗ. Внести изменения к СП 1.3.2322-08 "Безопасность работы с микроорганизмами III - IV групп патогенности (опасности) и возбудителями паразитарных болезней". Гармонизировать документ с национальными стандартами (ГОСТ ИСО 15189, ГОСТ Р 53022.1-4 -2008 и др.). 6. Исключить противоречия в нормативной базе здравоохранения.   **По статье 72:**  Рассмотреть вопрос о радикальном изменении системы финансирования здравоохранения с переходом на бюджетное финансирование и исключением ненужных расходов на страховую медицину в государственном секторе. Таким образом возможна полная реализация права граждан РФ на бесплатную качественную медицинскую помощь.  Принять нормативный акт, регламентирующий решения в субъектах РФ в отношении модернизации лабораторной службы на основании клинико-экономического обоснования и экспертного обсуждения с привлечением Профильной комиссии Минздрава России и общественной профессиональной ассоциации специалистов.  Внести изменения в Постановление Правительства РФ от 16.04.2012 N 291 "О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")". Ввести в качестве обязательного требования при лицензировании медицинской деятельности проведение внешней оценки качества путем межлабораторных сличений независимой организацией, аккредитованной в РФ в установленном законом порядке. Результаты межлабораторного контроля использовать для разработки рекомендаций по функционированию и развитию лабораторной службы. **Инструментом реализации этих положений послужит ФЗ «Об ин витро диагностике».**  **По статье 114:**   1. Внести изменения в соответствии со ст. 144 Трудового кодекса РФ по профессиональным квалификационным группам в приказ Минздравсоцразвития РФ от 06.08.2007 N 525 "О профессиональных квалификационных группах и утверждении критериев отнесения профессий рабочих и должностей служащих к профессиональным квалификационным группам", включив должность биолога клинико-диагностической лаборатории и бактериологической лаборатории. Устранить противоречия с нормативно-правовыми актами МЗ РФ: в действующую Номенклатуру должностей медицинских работников и фармацевтических работников, утвержденную приказом Минздрава России от 20 декабря 2012 г. № 1183н, в редакции приказа Минздрава России от 01 августа 2014 г. № 420н, включены должности специалистов с высшим профессиональным (немедицинским) образованием, в том числе должность "Биолог". 2. Рекомендовать Министерству труда и соцзащиты Российской Федерации внести соответствующие изменения (уточнения) в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 31 марта 2008 года № 149н "Об утверждении профессиональных квалификационных групп должностей работников, занятых в сфере здравоохранения и предоставления социальных услуг" в целях приведения их в соответствие действующему законодательству и подзаконным нормативным правовым актам 3. Необходимо рассмотреть вопрос о первичной и периодической аккредитации специалистов с высшим немедицинским образованием, принимаемых на работу и работающих в должности биологов в клинико-диагностических лабораториях и предоставить возможность профессионального роста специалистам с высшим немедицинским образованием через систему непрерывного медицинского (профессионального) образования. 4. Пересмотреть порядок лицензирования образовательной деятельности в области дополнительного профессионального медицинского образования и осуществлять его через федеральные органы 5. Внести изменения в приказ Минздрава России от 08.10.2015 г. № 707н "Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки "Здравоохранение и медицинские науки" с предоставлением возможности специалисту с высшим немедицинским (биологическим) образованием занимать должность заведующего лабораторией, в приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 14 марта 2018 г. № 145 "Об утверждении профессионального стандарта "Специалист в области клинической лабораторной диагностики"" в разделе 3.3 Обобщенная трудовая функция "Организация работы и управление лабораторией" и в приказ Минздрава России от 23.07.2010 № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» |
|  | Москва | В.В. Кукава | | | Исполнительный директор  Ассоциации "Фармацевтические инновации" ("Инфарма") | | **1.Предложение:**  Совершенствование механизмов лекарственного обеспечения населения РФ. Введение всеобщего лекарственного возмещения с дифференцированным уровнем со-платежей для разных классов лекарственных средств. Освобождение от со-платежей определенных социально-незащищенных групп населения. Соответствующее изменением подходов к ценообразованию на лекарственные препараты и системе государственных закупок. Проведение пилотных проектов по применению системы лекарственного возмещения на основе со-платежей (по примеру Кировской области).  **Ожидаемый результат:**  Высокая смертность взрослого населения в России в совокупности с низкой рождаемостью ведет к уменьшению численности населения трудоспособного возраста, растущему коэффициенту демографической нагрузки и подрывает перспективы долгосрочного стабильного экономического развития. Внедрение всеобщего лекарственного возмещения для обеспечения доступности лекарств дает возможность кардинально изменить ситуацию и сместить фокус государственной поддержки с лечения поздних стадий заболевания и предотвращения летального исхода к профилактике заболеваний и предупреждению их развития, что может улучшить показатели здравоохранения, демографические и экономические показатели.  **2.Предложение:**  Создание специального правового поля для заключения так называемых "инновационных контрактов", в частности, соглашений о разделении рисков (*risk-sharing agreements*), иных аналогичных соглашений, в целях сокращения бюджетных расходов на закупку лекарственных препаратов с возможностью, при этом, обеспечить необходимым препаратом наибольшее число пациентов. Внесение комплексных изменений в Федеральный закон от 5 апреля 2013 года № 44-ФЗ "О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд".  **Ожидаемый результат:**  Рассматриваемые формы сотрудничества государства и фармацевтических производителей, в частности, могут применяться для целей обеспечения пациентов лекарственными препаратами "терапии прорыва" и повышения доступности инновационных лекарственных препаратов для населения. Кроме того, введение соответствующих форм взаимодействия государства и фармацевтических производителей необходимо для стимулирования развития собственной инновационной фармацевтической промышленности в РФ. В связи с этим целесообразно заимствовать правовые инструменты, которые зарекомендовали себя в международной практике как эффективные и оптимальные для обеспечения доступа пациентов к инновационным методам лечения.  **3.Предложения:**  Отмена правила "третий лишний" при закупках лекарственных препаратов, используемых при социально-значимых заболеваниях. Для этого необходимо пункт 5 Постановления Правительства Российской Федерации ‎от 30 ноября 2015 года № 1289 "Об ограничениях и условиях допуска происходящих из иностранных государств лекарственных препаратов, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, для целей осуществления закупок для обеспечения государственных и муниципальных нужд" дополнить новым абзацем следующего содержания: **"*осуществления закупки лекарственных препаратов, используемых при социально значимых заболеваниях***".  **Ожидаемый результат:**  Указанные меры могут стать преградой для развития негативной и опасной для пациентов практики "административной" замены оригинальных лекарственных препаратов на воспроизведенные препараты вследствие реализации политики импортозамещения. Кроме того, предложенная формулировка поможет обеспечить выполнение поручения Правительства РФ в части отмены ограничений, предусмотренных Постановлением Правительства РФ от 30 ноября 2015 года №1289 "Об ограничениях и условиях допуска происходящих из иностранных государств лекарственных препаратов, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, для целей осуществления закупок для обеспечения государственных и муниципальных нужд", в отношении отдельных лекарственных препаратов, используемых при социально-значимых заболеваниях; и будет соответствовать обещаниям, данным Михаилом Мишустиным 14 февраля 2020 года пациентам и врачебному сообществу. |
|  | Москва | М.Л. Кукушкин | | | Руководитель Российского Общества по изучению боли (РОИБ), д.м.н., проф | | Во исполнение принятых поправок в **статье 71** (**установление единых правовых основ системы здравоохранения**, системы воспитания и образования, в том числе **непрерывного образования**) и части 1 статьи 72 (**обеспечение оказания доступной и качественной медицинской помощи**, сохранение и укрепление общественного здоровья, создание условий для ведения здорового образа жизни, формирования культуры ответственного отношения граждан к своему здоровью; **социальная защита, включая социальное обеспечение**)целесообразно **создание единой этапной системы противоболевой помощи в Российской Федерации.** В рамках создания системы противоболевой помощи необходима разработка **единой программы обучения (в форме образовательного стандарта) по медицине боли**, с определением объема преподаваемой информации на додипломном и последипломном уровне. |
|  | Москва | Драпкина Оксана Михайловна | | | директор ФГБУ НМИЦ ПМ Минздрава России | | Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений. **Охрана здоровья и медицинская помощь для граждан, занятых на работе с вредными и (или) опасными производственными факторами, осуществляется бесплатно за счет средств работодателя в учреждениях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения».**  Обоснование:  В настоящее время число граждан, занятых на работе с вредными и (или) опасными производственными факторами, ориентировочно составляет 27 млн.человек, из них лишь около 5 млн. человек проходят положенные согласно приказу Министерства здравоохранения и соц.развития РФ от 12 апреля 201й года №302н медицинские осмотры и обследования. Работодатели, особенно частные предприниматели, стараются полностью переложить материальную ответственность за состояние здоровья работников на плечи государства. |