

Содержание

2–4

ОБРАЩЕНИЕ МИНИСТРА Т.А. ГОЛИКОВОЙ

7–10

ДЕМОГРАФИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ

11–72

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Модернизация российского здравоохранения **12** | Формирование здорового образа жизни, включая сокращение потребления алкоголя и табака **20** | Лекарственная политика **30** | Реализация приоритетного национального проекта «Здоровье» **42** | Охрана здоровья матери и ребенка **48** | Высокотехнологичная медицинская помощь **56** | Развитие службы скорой медицинской помощи **58** | Развитие службы крови **59** | Санитарно-эпидемиологическое благополучие человека и охрана здоровья населения **62** | Кадровое обеспечение **70**

73–98

ГОСУДАРСТВЕННОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ И РАЗВИТИЕ РЫНКА ТРУДА

Основные меры в области содействия занятости населения **77** | Регулирование привлечения иностранных работников **82** | Федеральная программа «Реформирование и развитие системы государственной службы Российской Федерации (2009–2013 годы)» **85** | Федеральная программа «Подготовка и переподготовка резерва управленческих кадров (2010–2015 годы)» **86** | Противодействие коррупции в государственных органах **87** | Реформирование системы управления охраной труда **89** | Трудовые отношения **92**

99–120

ПЕНСИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ И СОЦИАЛЬНОЕ СТРАХОВАНИЕ

Пенсионное и государственное обеспечение **100** | Переход на страховые принципы финансирования системы социального страхования **104** | Пенсионное страхование и развитие пенсионной системы **109**

121–146

СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА

Социальная поддержка семей с детьми **122** | Социальная защита инвалидов **126** | Социальная поддержка ветеранов **135** | Социальная защита граждан, пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций **139** | Социальное обслуживание **140** | Работа с обращениями граждан **145**



Обращение министра Т.А. Голиковой

Дорогие коллеги!

2010 год для сфер здравоохранения, трудовых отношений, пенсионного обеспечения и социального развития был очень интенсивным. Много в этом году было инициировано перемен, которые должны привести к улучшению качества жизни людей.

Темп, в котором мы прожили этот год, а также масштабность наших действий говорят о том, что мы вышли на режим непрерывного развития сфер, которые находятся в ведении Министерства здравоохранения и социального развития России.

Чем мы руководствуемся в своем движении вперед? Если говорить о деятельности Министерства в целом, то основной наш стратегический приоритет — это **обеспечение равных возможностей** для работы и жизни самых разных групп населения.

На обеспечение равных возможностей получения медицинской помощи человеком в том регионе, где он проживает, направлены региональные программы модернизации здравоохранения на 2011–2012 годы. Они должны будут решить системно многие проблемы регионального здравоохранения: ремонт медицинских учреждений, поставка необходимого оборудования, решение кадровых вопросов, вопросов информатизации здравоохранения, введение единых для всей страны стандартов оказания медицинской помощи. На эти цели запланировано около 460 млрд рублей за два года. И каждый регион получил в 2010 году возможность выстроить и обосновать свою программу в соответствии с существующими у него конкретными проблемами.



В рамках принятого закона «Об обязательном медицинском страховании» и законопроекта «Об основах охраны здоровья граждан» заложены возможности для всех граждан, начиная с 2011 года, получать по медицинскому полису единого образца медицинскую помощь в любом регионе России. По закону гражданин получит также право выбора страховой организации, медицинского учреждения и врача.

Цена на лекарства является критической для многих людей в России, особенно для людей с невысокими доходами. Регистрация цен на жизненно важные лекарственные препараты (ЖНВЛП), проведенная впервые, позволила остановить прошлогодний рост цен на лекарства и даже понизить цены. А вслед за препаратами из перечня ЖНВЛП начали снижаться цены и на другие лекарства.

Для хорошего социального климата важно, чтобы общество взяло на себя заботу о тех,



кто по своему физическому состоянию ограничен в возможностях передвижения и общения, получал бы дополнительные возможности для этого. В этом году мы разработали госпрограмму для инвалидов «Доступная среда на 2011–2015 годы». Она направлена на улучшение реабилитации инвалидов, и создание условий для беспрепятственного доступа их к социальным услугам, транспорту, связи, и в целом повышение качества их жизни, которое бы максимально приближалось к жизни обычных людей.

Сегодня в России 30,7 млн людей старше трудоспособного возраста. Из них более 6 млн нуждаются в социальных услугах, около 4,5 млн — в посторонней помощи. Мы начали разработку единых для всей России стандартов социального обслуживания и готовим новую редакцию закона о социальном обслуживании. Одновременно будем поднимать престиж социального работника. Уже приняли решение в 2011 году провести Всероссийский конкурс на лучшего социального работника. Однако большинство людей пенсионного возраста активны, и мы впервые в этом году начали работать над вопросом использования трудового потенциала пожилых людей.

В 2010 году мы смогли существенно повысить за счет ряда мер размер пенсий. Валоризация пенсионных прав позволила увеличить пенсии у 36 млн пенсионеров. В среднем трудовая пенсия по старости выросла на 1090 рублей. И в результате средний размер трудовой пенсии в России составил 7334 рубля, в том числе трудовой пенсии по старости — 7692 рубля.

С 1 апреля 2010 года дополнительно увеличена на 6,3% страховая часть трудовых пенсий. В результате средний размер трудовой пенсии по старости вырос до 8169 рублей в месяц, то есть увеличился на 477 рублей. Размеры трудовых пенсий по инвалидности и по случаю потери кормильца увеличились соответственно до 5204 и 4712 рублей. В итоге по состоянию на III квартал 2010 года средний размер трудовой пенсии по старости составил 8182 рубля. Также в 2010 году производилось повышение социальных пенсий, пенсий по государственному пенсионному обеспечению и других социальных выплат, размеры которых определены исходя из соответствующих размеров социальных пенсий.

Как и все другие страны, Россия решает непростые проблемы пенсионного обеспече-

ния. Мы подготовили и опубликовали на сайте Минздравсоцразвития России аналитический доклад «Итоги пенсионной реформы и долгосрочные перспективы развития пенсионной системы Российской Федерации с учетом влияния мирового финансового кризиса» и начали широкое обсуждение возможных вариантов программы долгосрочного развития пенсионной системы, сформулировав список вопросов, на которые мы хотим получить консолидированный ответ.

Мы продолжили начатые в 2009 году и показавшие свою эффективность программы по улучшению ситуации на рынке труда. За первые 9 месяцев 2010 года в них приняло участие 1 567 835 россиян. Мы реагируем оперативно на изменения, происходящие на рынке труда. В 2010 году были введены программы по трудоустройству инвалидов и по организации стажировок для выпускников вузов и ссузов. В 2011 году произойдут структурные изменения в ряде программ и будут введены новые программы для женщин, работающих во вредных и тяжелых условиях труда, а также для женщин, находящихся в отпуске по уходу за ребенком в возрасте до трех лет.

Другим очень важным для нас стратегическим приоритетом является рост числа активных, разделяющих с государством ответственность за свою жизнь и здоровье граждан.



Одна из главных программ в этом направлении — Программа по формированию здорового образа жизни. Это ключевая для демографической политики и нашего здравоохранения программа, потому что на 50% здоровье человека, а следовательно, и работоспособность, и продолжительность жизни зависят от того, какой образ жизни он ведет. Мы начали программу только два года назад. Казалось, что проблема столь сложна и консервативна, что первых позитивных изменений придется ждать несколько лет. Но уже в этом году употребление алкоголя снизилось с 18 до 15 л на душу населения, впервые с 2000 года произошло снижение числа больных наркоманией, есть позитивная динамика по снижению числа людей, страдающих ожирением. Исследования показывают, что люди видят и положительно откликаются на социальную рекламу Министерства по здоровому образу жизни, активно пользуются порталом www.takzdorovo.ru, который получил в 2010 году премию Рунета, горячей линией.



МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ
РОССИИ

ОБРАЩЕНИЕ МИНИСТРА
Т.А.ГОЛИКОВОЙ

Желание людей заботиться о своем здоровье поддерживается сетью 502 центров здоровья для взрослых, которые были открыты к концу 2009 года. К концу 2010 года во многих регионах они уже пользуются большой популярностью и доверием населения. В 2010 году открылись 193 детских центра здоровья.

На активное и самостоятельное планирование своего жизненного пути гражданином рассчитаны программы государственного финансирования пенсий и многие программы по снятию напряженности на рынке труда. К 15 октября 2010 года в Программу софинансирования пенсий вступило почти 3,3 млн человек, из которых платежи дополнительных страховых взносов произвели 752 тыс. человек.

Много активных граждан проявилось в Программе развития Службы крови. Мы фиксируем рост числа доноров с 12 до 14 человек на тысячу населения, видим рост числа волонтеров, к концу 2010 года 30 регионов создали Общественные советы по донорству.

Иными словами, в целом мы видим, как постепенно все большее количество людей начинает ответственно относиться к своей жизни и здоровью, помогая тем самым социальному развитию России.

В этом году, готовя отчет о деятельности Министерства, мы максимально постарались учесть интересы сторон и лиц, заинтересованных в деятельности Министерства здравоохранения и социального развития. При определении содержания отчета мы опирались на те вопросы, которые наиболее часто задают нам граждане, представители региональных властей и бизнеса, СМИ, общественные организации. Таким образом, этот отчет не только представляет результаты деятельности Министерства за год, но и продолжает диалог, который мы вели с обществом в течение всего 2010 года.

Министр
Татьяна Голикова



Ключевые заинтересованные стороны, интересы которых были учтены при создании отчета



Граждане, в том числе: матери и семьи с детьми, пенсионеры, молодежь, работающее население, безработные, инвалиды, пациенты



Министерства и ведомства России



Депутаты Государственной Думы и Совета Федерации



Члены Общественной палаты РФ



Региональные администрации



Медицинское сообщество



Социальные службы и социальные работники



Фармпроизводители и производители медицинской техники



Аптечные сети



Бизнес (работодатели)



Профсоюзы



Экспертные сообщества



НКО социальной направленности



Благотворительные организации и фонды



СМИ



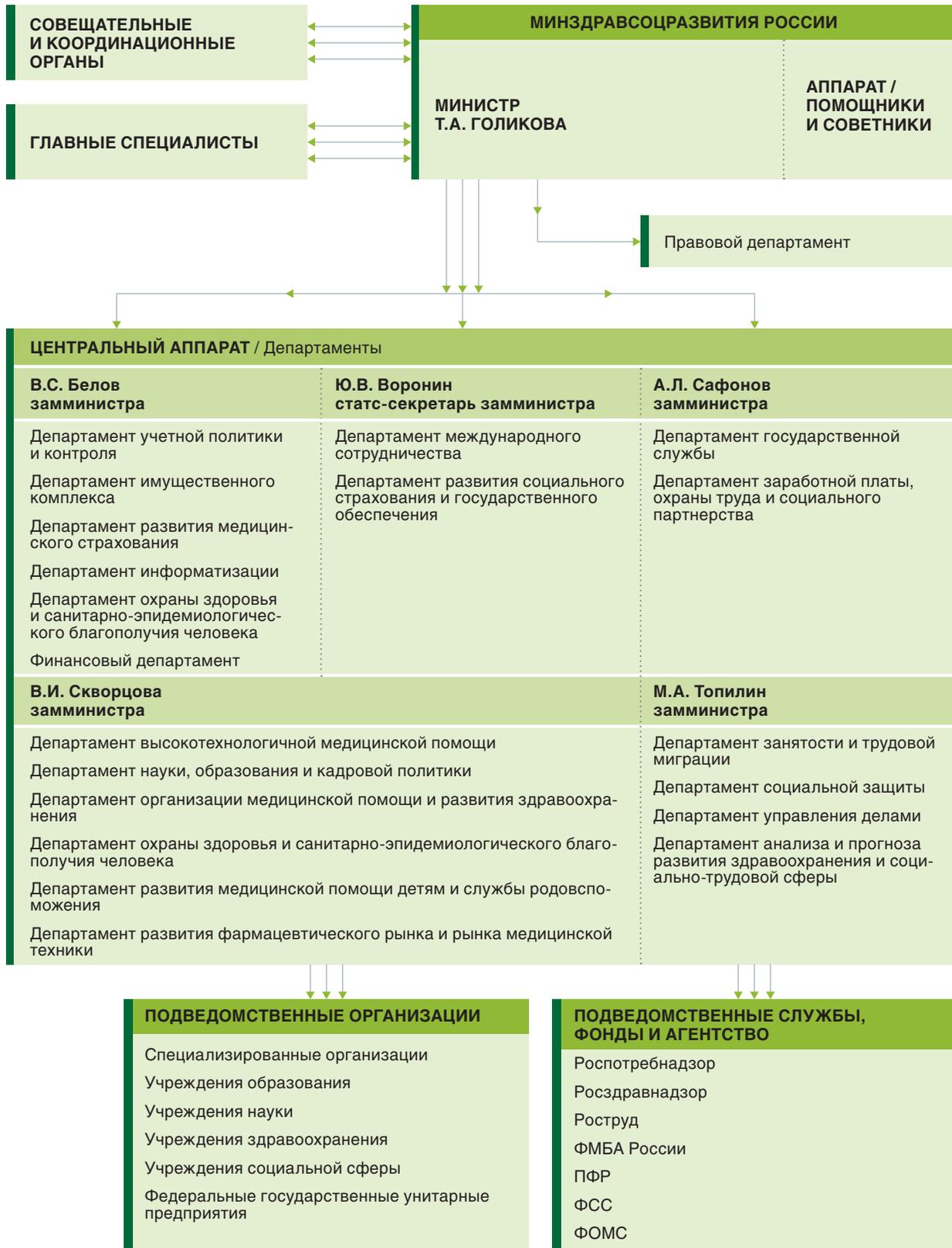
Религиозные организации



Сотрудники Минздравсоцразвития РФ и подведомственных учреждений



СИСТЕМА УПРАВЛЕНИЯ МИНИСТЕРСТВА





МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ
РОССИИ

Демографическое развитие

Доля вторых
и третьих рожде-
ний в 2010 году
составила 47,6%
(2006 год — 33%)

*Мы взяли за демографическую
проблему всерьез и надолго, но должны
понимать, что в ближайшие 15 лет
будут сказываться последствия
демографического спада 90-х годов,
а число женщин так называемого
репродуктивного возраста значительно
сократится. И это серьезная угроза,
это вызов для всей нашей нации.*

*Д.А. Медведев
из Послания Президента
Федеральному Собранию
2010*

Естественная убыль
населения уменьшилась
по сравнению
с 2006 годом в

2,8
раза

*Мы до сих пор слышим мнения
как отдельных демографов, так
и целых демографических школ,
что установленные в Концепции
показатели недостижимы. Но мы
стараясь доказать обратное. Те
темпы, которыми за последние годы
растет рождаемость и снижается
смертность, дают нам основание
полагать, что ситуация исправится.*

*Т.А. Голикова
из интервью
«Российской газете»
19.10.2010*

В 2010 году
младенческая
смертность
снизилась на

7,5%



СТРАТЕГИЧЕСКИЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Определенные в Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года показатели и направления являются стратегическими как для демографического развития, так и для всей деятельности Минздравсоцразвития России.

Основными направлениями демографического развития являются:

- сокращение уровня материнской и младенческой смертности;
- сокращение смертности в том числе в трудоспособном возрасте;
- укрепление здоровья населения;
- увеличение продолжительности активной жизни;
- повышение уровня рождаемости.

ЗАДАЧИ 2010 ГОДА

В 2010 году завершается первый этап реализации Концепции демографической политики РФ. Для этого этапа стояла задача создать условия, позволяющие уменьшить остроту демографического кризиса, снизить темпы естественной убыли населения и обеспечить миграционный прирост. Эта задача была решена.

ОСНОВНЫЕ СОБЫТИЯ

6–8 АПРЕЛЯ Всероссийская научно-практическая конференция «Демографические перспективы России и задачи демографической политики»

28 АПРЕЛЯ Всероссийская конференция, посвященная Всемирному дню охраны труда

24–26 НОЯБРЯ IX Всероссийский конгресс «Профессия и здоровье» и IV Всероссийский съезд врачей-профпатологов

ОСНОВНЫЕ ИТОГИ РЕАЛИЗАЦИИ ПЕРВОГО ЭТАПА КОНЦЕПЦИИ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ ПОЛИТИКИ РФ НА ПЕРИОД ДО 2025 ГОДА

Показатели	2006 год	2007 год	2008 год	2009 год	2010 год
Численность населения на 1 января (тыс. чел.)	142 753,5	142 221	142 008,8	141 904	141 914,5
Изменение за год (тыс. чел.)	-532,5	-212,2	-104,8	+10,5	
Число родившихся (тыс. чел.)	1480	1610,0	1714	1764	1789,6
Суммарный коэффициент рождаемости	1,30	1,41	1,49	1,54	1,59
Число умерших (тыс. чел.)	2167	2080	2076	2011	2031
Естественный прирост (убыль) населения (тыс. чел.)	-687	-470	-362	-249	-241
Младенческая смертность (на 1000 родившихся)	10,2	9,4	8,5	8,1	7,5
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (лет)	66,6	67,51	67,88	68,87	68,98

ИТОГИ ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ В 2010 ГОДУ

Численность населения Российской Федерации стабилизировалась и по оценке на 1 января 2010 года составила 141 914,5 тыс. человек, что на 10,5 тыс. человек больше, чем на 1 января 2009 года (с учетом миграционного прироста за счет мигрантов, зарегистрировавшихся на год и более).

Естественная убыль населения уменьшилась по сравнению с 2006 годом в 2,8 раза — с 687,1 тыс. человек в 2006 году до 241,4 тыс. в 2010 году.

Несмотря на кризисные 2008 и 2009 годы и сокращение числа женщин в детородном возрасте, сохраняется тенденция роста рождаемости. Число родившихся увеличилось в 2010 году по сравнению с 2006 годом на 310 тыс. человек (на 21%) и составило



1789,6 тыс. детей. Общий показатель рождаемости вырос с 10,4 на 1000 человек населения в 2006 году до 12,6 в 2010 году.

Доля вторых и третьих рождений в 2010 году составила 47,6% (2006 год — 33%). Суммарный коэффициент рождаемости в Российской Федерации увеличился с 1,296 в 2006 году до 1,590 в 2010 году.

В 2010 году зафиксирован небольшой откат от тренда снижения числа умерших из-за аномально жаркого лета в России, которое сопровождалось длительными лесными пожарами и задымлением. Рост смертности произошел за счет роста смертности от болезней системы кровообращения, новообразований, которые обострились в жару и дым. За 2010 год умерло 2031 тыс. человек, что на 1% больше, чем за 2009 года. Если бы не эти критические условия, позитивная тенденция прошлых лет могла бы сохраниться: в 2009 году по сравнению с 2006 годом число умерших уменьшилось на 156,2 тыс. человек, или на 7,2%. Общий коэффициент смертности снизился на 5,9% — с 15,2 на 1000 человек населения в 2006 году до 14,3 в 2010 году.

В 2010 году младенческая смертность снизилась на 26,5%, ее показатель составил 7,5 на 1000 родившихся живыми против 10,2 в 2006 году. Показатель материнской смертности уменьшился с 23,7 на 100 тыс. родившихся живыми в 2006 году до 22,0 в 2009 году.

Ожидаемая продолжительность жизни в 2010 году составила для всего населения — 68,98 лет (2006 год — 66,6 лет), для мужчин — 63,03 года (2006 год — 60,4 лет), для женщин — 74,87 лет (2006 год — 73,2 лет).

Естественная убыль населения составила за 2010 год — 241,4 тыс. человек, что на 3% меньше, чем год назад.

За 2010 год наибольший рост рождаемости произошел в Республике Ингушетии, Москве, Калужской области, Санкт-Петербурге, Республике Татарстан, Ханты-Мансийской АО, Московской области, Чукотском АО, Тюменской области, Пермском крае, Республике Калмыкии, Республике Адыгее, Удмуртской Республике, Кабардино-Балкарской Республике.

За это же время естественный прирост населения был зарегистрирован в 23 регионах России. Наибольшие темпы прироста демонстрировали республики: Северная Осетия — Алания, Ингушетия, Башкортостан, Кабардино-Балкарская и Томская область.

Наибольшего снижения младенческой смертности — на 9,6% — добились в Центральном федеральном округе.

Решение поставленных вопросов на первом этапе реализации Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года было достигнуто за счет активной демографической политики. Причем если в 2006, 2007 и начале 2008 года демографическая политика проводилась на фоне улучшения социально-экономической ситуации в стране, то конец 2008 и первая половина 2009 года были ситуацией мирового экономического кризиса. Однако тенденции к росту рождаемости, снижению смертности, сокращению младенческой смертности сохранялись во всех этих периодах. Таким образом, активная демографическая политика позволила сперва запустить, а потом поддержать и сохранить тренды по улучшению демографической ситуации в России. По оценке экспертов, прирост рождаемости в 2007–2010 годах более чем на 90% обусловлен интенсивностью деторождений, особенно за счет рождения вторых и последующих детей. Демографические факторы повлияли на рост рождаемости только на 10%.

Большое влияние на снижение ряда показателей смертности и увеличение продолжительности жизни оказали мероприятия, проводимые в рамках начавшегося в 2006 году приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения, направленного прежде всего на повышение качества и доступности медицинской помощи населению. Это специальные программы по снижению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, от дорожно-транспортных происшествий, онкологических заболеваний, по развитию Службы крови.

На снижение материнской, перинатальной и младенческой смертности эффективно работают мероприятия программы «Родовый сертификат», в рамках которой осуществляется финансовая поддержка государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, оказывающих помощь женщинам в период беременности, родов и послеродовой период.

Меры государственной помощи семьям с детьми, прежде всего одновременное введение материнского (семейного) капитала и значительное увеличение размера ежемесячного пособия по уходу за ребенком, сыграли стимулирующую роль в увеличении уровня рождаемости.



Пока небольшой, но уже заметный вклад в улучшение здоровья населения начинает вносить реализуемая в 2009–2010 годах Программа по формированию у населения России здорового образа жизни «Здоровая Россия».

ЦЕЛЕВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВТОРОГО ЭТАПА РЕАЛИЗАЦИИ КОНЦЕПЦИИ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ ПОЛИТИКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ НА ПЕРИОД ДО 2025 ГОДА (2011–2015 ГОДЫ):

- стабилизация численности населения на уровне 142–143 млн человек;
- увеличение ожидаемой продолжительности жизни до 71 года;
- снижение уровня смертности в 2015 году по сравнению с 2006 годом на треть;
- рост в 1,3 раза по отношению к 2006 году суммарного коэффициента рождаемости;
- обеспечение миграционного прироста населения на уровне 200 тыс. человек ежегодно за счет соотечественников, проживающих за рубежом, а также квалифицированных иностранных специалистов и молодежи.



Здравоохранение

Инвестиции будут
распределены
по трем направлениям

Несмотря
на мировой
финансовый
кризис, Россия
сохраняет курс
на повышение
финансирования
здравоохранения

Обеспечение стандартов
медицинской помощи,
что повысит качество
и эффективность
лечения; а также
повышение доступности
амбулаторной
медицинской помощи

136

млрд рублей

2

За период с 2011
по 2012 год в бюджет
поступит порядка

460

млрд рублей

На модернизацию
материально-технической
базы лечебных учреждений
(приобретение оборудования,
капитальный ремонт и т.д.)

300

млрд рублей

1

ИНФОРМАТИЗАЦИЯ:
создание единой
информационной базы,
электронных медицинских
карт

24

млрд рублей

3



МОДЕРНИЗАЦИЯ РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Несмотря на мировой финансовый кризис, Россия сохраняет курс на повышение финансирования здравоохранения. В период с 2011 по 2012 год в бюджет за счет 2%-ного повышения тарифа на обязательное медицинское страхование поступит порядка 460 млрд рублей. Эти средства будут инвестированы в модернизацию российского здравоохранения, которая будет направлена на улучшение организации и повышение эффективности системы здравоохранения и в конечном итоге — на улучшение качества и доступности медицинской помощи.

Инвестиции будут распределены по трем направлениям:

- модернизация материально-технической базы лечебных учреждений (приобретение оборудования, капитальный ремонт и т.д.) — 300 млрд рублей;
- информатизация: создание единой информационной базы, электронных медицинских карт — 24 млрд рублей;

- обеспечение стандартов медицинской помощи, которые позволят установить единые стандарты лечения на территории всей России, что повысит качество и эффективность лечения; а также повышение доступности амбулаторной медицинской помощи — 136 млрд рублей.

КАЛЕНДАРЬ КЛЮЧЕВЫХ СОБЫТИЙ

ИЮЛЬ — начало общественного обсуждения законопроекта «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

СЕНТЯБРЬ — начало общественного обсуждения законопроекта «Об обязательном страховании гражданской ответственности медицинских организаций перед пациентами».

НОЯБРЬ — подписание закона «Об обязательном медицинском страховании».

Региональные программы модернизации здравоохранения

Для того чтобы выделенные на модернизацию финансы работали эффективнее, будет реализовываться механизм региональных программ модернизации здравоохранения. В 2010 году каждый регион разрабатывал собственную программу развития здравоохранения с учетом медико-демографических показателей в рамках реализации Концепции демографической политики до 2025 года, структуры заболеваемости и смертности в регионе. Таким образом, инвестиции в здравоохранение будут направляться на конкретные задачи и соответствовать потребностям жителей в необходимой медпомощи с учетом региональных особенностей.

Все региональные программы модернизации здравоохранения прошли защиту в Минздравсоцразвития России, где рассматривалась обоснованность запрашиваемых регионом инвестиций. Кроме того, регионы будут самостоятельно софинансировать часть мероприятий региональных программ модернизации здравоохранения, что позволит охватить большее число учреждений и в результате увеличит суммарный объем инвестиций. Реализация регио-

нальных программ модернизации здравоохранения начнется с 2011 года.

ЦИТАТА:

«Задача повышения качества медицинской помощи актуальна и востребована обществом. В этом году во всех регионах страны прошло обсуждение проблем здравоохранения с участием общественных организаций и профессиональных объединений медицинских работников. Администрации субъектов Федерации провели инвентаризацию сети медучреждений, выявили узкие места и проблемы, влияющие на качество лечения граждан. На устранение этих проблем и направлены региональные программы модернизации здравоохранения».

В.В. Путин, Председатель Правительства РФ, Совещание по региональным программам модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации, 9 ноября



РЕГИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА 2011–2012 ГОДЫ

ОЖИДАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕАЛИЗАЦИИ РЕГИОНАЛЬНЫХ ПРОГРАММ

Приведение структуры коечного фонда по профилям в соответствие с потребностью населения в медицинской помощи

Обеспечение медицинской помощи на основе соблюдения стандартов

Укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения, в том числе повышение фондооснащенности и фондовооруженности учреждений здравоохранения

Развитие амбулаторной медицинской помощи (в т.ч. неотложной), стационарозамещающих технологий

Сбалансированность территориальных программ государственных гарантий

Внедрение телемедицинских систем, систем электронного документооборота и ведение медицинских карт пациентов в электронном виде

Оптимизация сети учреждений здравоохранения

Безусловным приоритетом модернизации здравоохранения является снижение показателей по «лидерам» в структуре смертности и заболеваемости — тем, от которых напрямую зависит улучшение демографической ситуации, ожидаемой продолжительности жизни. А сегодня это (в порядке убывания мест в структуре смертности): сердечно-сосудистые заболевания, онкологические заболевания, внешние причины смерти, травмы и отравления, заболевания органов дыхания, заболевания органов пищеварения.

Качество оказания медицинской помощи во многом зависит от технического состояния зданий и сооружений. На настоящий момент 30% из них требуют капитального ремонта и реконструкции, 46,6% зданий не имеют центрального отопления, водопровода и канализации.

До 2013 года за счет региональных программ модернизации должны быть приведены в порядок медицинские учреждения субъектов Российской Федерации, что позволит оказывать медпомощь в соответствии с современными стандартами медицинской помощи.

Сложная ситуация отмечается и с медицинским оборудованием. Точечные поставки оборудования в рамках национального приоритетного проекта «Здоровье» смогли обновить лишь четверть необходимого оборудования. На настоящий момент более 112 тыс. единиц медицинского оборудования нуждается в замене.

Дальнейшее развитие системы ОМС и реализация региональных программ модернизации здравоохранения невозможны без качественного улучшения оказания медицинской помощи населению Российской Федерации.

Минздравсоцразвития разработаны единые подходы для оказания того или иного вида медицинской помощи — «порядки», где четко прописано, как, когда, на каком уровне, какими специалистами и с помощью какой медицинской техники оказывается медицинская помощь. Порядки едины для всех учреждений здравоохранения — государственных и муниципальных. Уже утверждено 26 порядков по основным заболеваниям, готово к утверждению еще 23 порядка.



ПОРЯДКИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

(на сайте Минздравсоцразвития России можно ознакомиться с утвержденными и подготовленными для утверждения порядками)

ЛЮБОЙ ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
Регламентирует оказание медицинской помощи больным во всех организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения
Предусматривает маршрутизацию пациентов, страдающих определенным заболеванием, включая оказание скорой, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи
Регламентирует организацию работы сети учреждений здравоохранения, оказывает помощь по определенному профилю
Определяет обеспеченность медицинскими кадрами (рекомендуемые штатные нормативы: врачи, средний и младший медицинский персонал)
Регламентирует стандарт оснащения учреждений здравоохранения, оказывающих помощь по определенному профилю, медицинским оборудованием

Внедрение новых порядков оказания медицинской помощи невозможно без внедрения единых подходов к лечению — федеральных стандартов, которые подготовлены с учетом анализа достижений отечественной и международной науки и практики и уже активно внедряются по всей стране. На основе федеральных стандартов будут разработаны клинические протоколы отдельно для муниципальных учреждений, учреждений субъекта Российской Федерации и федеральных учреждений.

Таким образом, в основу будет положен единый системный подход к оказанию медицинской помощи населению. Все федеральные стандарты сформированы на основании единых классификаторов, включая номенклатуру работ и услуг в здравоохранении. В основу стандарта заложен принцип применения современных медицинских технологий, современных лекарственных средств и расходных материалов, высокий уровень оборудования, квалификация медицинского персонала.

Низкая стоимость лечения повлекла за собой формирование несбалансированной структуры стоимости стандарта, когда максимальная доля средств направляется на оплату труда врачей и медицинского персонала. Да и этих средств не хватает для формирования достойной заработной платы врачей и медицинских сестер. При этом недофинансируются такие статьи расходов, как лекарственные средства, оборудование, расходные материалы и т.д.

В настоящее время система ОМС при оплате стандарта включает в себя 5 статей расходов,

в расчет стоимости услуги федерального стандарта включаются все статьи расходов.

Пересчет стоимости стандартов позволит реально увеличить фонд оплаты труда, при этом у учреждений появятся возможности закупать более эффективные технологии, проводить пациентам необходимые диагностические исследования.

С 2013 года все средства, которые будут формироваться от увеличения с 1 января 2011 года тарифа страховых взносов с 3,1 до 5,1%, пойдут исключительно на обеспечение усовершенствованных стандартов оказания медпомощи. Также с 2013 года вступят в силу все положения закона «Об обязательном медицинском страховании», который значительно расширит возможности получения пациентом медицинской помощи в системе ОМС.

В итоге в ходе программ модернизации предполагается достичь:

- увеличения объемов амбулаторной помощи, рост числа посещений на 22,9% (с 9,4 до 9,9, на 5,3% на одного человека);
- перераспределения объемов медицинской помощи в сторону стационарозамещающих технологий (дневной стационар) с 0,49 до 0,61 пациенто–дней на одного человека;
- уменьшения средней длительности лечения в стационаре с 12,8 до 11,8 дней;
- повышения интенсивности работы койки с 325 до 335 дней в году;
- снижения общей смертности на 12,7%;
- снижения младенческой смертности на 7,5%;
- изменения структуры заболеваемости в пользу более ранних стадий заболевания;



■ повышения доступности и качества медицинской помощи.

Модернизация здравоохранения требует совершенствования российского законодательства в сфере здравоохранения.

В 2010 году Министерством разработаны два основных закона, которые формируют основания для проведения модернизации прежде всего в интересах каждого жителя России.

Законопроект «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Министерством в 2010 году разработан законопроект «Об основах охраны здоровья граждан». Это основополагающий закон в сфере здравоохранения, который определяет организацию работы системы здравоохранения и системы оказания медицинской помощи. Он направлен, в первую очередь, на конкретизацию конституционных прав граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь и закрепление гарантий и механизмов их реализации в современных условиях.

С момента принятия Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 года произошли значительные изменения в системе государственного управления и организации здравоохранения. При этом в действующем законодательстве возник ряд правовых пробелов, а в некоторых случаях и явных нормативных противоречий и коллизий, требующих выработки новых подходов и принципов их регулирования и решения именно на законодательном уровне.

Впервые на законодательном уровне предлагается закрепление определений, напрямую связанных с оказанием медицинской помощи и определяющих отдельные ее компоненты, — «медицинская помощь», «медицинская услуга», «медицинское вмешательство», «профилактика», «диагностика», «лечение», «пациент», «заболевание» и др.

В законопроекте определены четкие критерии принципа доступности медицинской помощи, недопустимости отказа в оказании медицинской помощи, присвоен статус «принципа» информированному добровольному согласию на медицинское вмешательство и праву на отказ от него, что подчеркивает его значимость, установлен безоговорочный запрет на клонирование человека.

Принцип приоритета профилактических мероприятий в сфере охраны здоровья граждан и при оказании медицинской помощи характеризует переход от системы здравоохранения,

направленной преимущественно на лечение заболеваний, к системе охраны здоровья граждан, основанной на приоритете здорового образа жизни, повышении функциональных возможностей организма и профилактике заболеваний.

Проект федерального закона уточняет полномочия органов власти. Круг полномочий федеральных органов исполнительной власти дополнен установлением требований к структуре и штатам медицинских организаций, организацией медицинской эвакуации, реализацией мероприятий, направленных на спасение жизни людей и защиту их здоровья при чрезвычайных ситуациях, осуществлением функций по обеспечению единства измерений в сфере охраны здоровья граждан, установлением и проведением единой государственной политики в области статистического учета, отчетности, организации системы документооборота. Также за федеральными органами исполнительной власти (без передачи органам государственной власти субъектов Российской Федерации) закрепляются исключительные полномочия по организации и осуществлению контроля за соответствием качества и безопасности оказываемой медицинской помощи, медицинских изделий, специализированных продуктов лечебного питания, донорской крови и ее компонентов установленным порядкам, стандартам и техническим регламентам.

Ранее возложенные на органы местного самоуправления полномочия по организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи гражданам проектом федерального закона закрепляются за органами государственной власти субъектов Российской Федерации.

Что касается органов местного самоуправления, то они наделяются полномочиями по обеспечению организации оказания медицинской помощи в рамках муниципальной системы здравоохранения только в случае де-



легирования им соответствующих полномочий органами государственной власти субъектов Российской Федерации.

Таким образом, проектом федерального закона обеспечивается усиление ответственности органов государственной власти за обеспечение охраны здоровья граждан и оказание бесплатной медицинской помощи.

Законопроект устанавливает порядок получения информации о медицинской организации, осуществляемой ею медицинской деятельности, ее медицинских работниках, включая сведения об их образовании и квалификации.

Следует отдельно отметить нововведения законопроекта, касающиеся вопросов редких (орфанных) заболеваний и организации медицинских мероприятий по паллиативной помощи, необходимость регулирования которых продиктована социальной незащищенностью нуждающихся в паллиативной помощи и больных редкими заболеваниями в силу тяжести течения заболеваний и потребности в дорогостоящем лечении.

ЦИТАТА:

«Многие изменения, которые есть в новом законе, связаны с тем, что с 1993 года прошло много времени. Мы живем в другой стране, в иной экономической реальности. К примеру, давно назрел вопрос о разграничении платных и бесплатных услуг. Также давно говорили, что нужно расширить полномочия регионов по тем вопросам, с которыми не справляются по объективным причинам муниципалитеты. И, конечно же, нельзя не отметить, что впервые прописано понятие редких заболеваний. Это очень важный шаг. Надеюсь, что общественные организации поймут, что, когда мы зимой говорили, что вопрос с орфанными препаратами будет законодательно решен не в законе "Об обращении лекарственных средств", а в основополагающем для системы здравоохранения законе "Об охране здоровья граждан", мы не лукавили, не откладывали этот вопрос в дальний ящик. И свое слово сдержали».

Татьяна Голикова, министр здравоохранения и социального развития России, интервью газете «Коммерсант. Фармацевтика», 27 сентября

Проектом закона определяются основы правового регулирования отношений по трансплантации органов и тканей человека, которые находят свое дальнейшее соответствующее закрепление в законе Российской Федерации «О трансплантации органов и (или) тканей человека».

Существенным новшеством стало весьма детальное регулирование вопросов репродукции человека: право граждан на применение вспомогательных репродуктивных технологий (в том числе с использованием донорских и (или) криоконсервированных половых клеток и эмбрионов, а также суррогатного материнства); право на криоконсервацию и хранение половых клеток и эмбрионов в случаях риска потери способности к воспроизводству в связи с заболеванием и (или) профессиональной деятельностью; право на получение информации о данных медицинского, медико-генетического обследования донора и его национальности.

Существенные изменения вносятся проектом федерального закона в институт медицинских и фармацевтических работников с точки зрения усиления требований к претендентам на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью и подготовки этих специалистов. Также вводятся нормы, устанавливающие ограничения, налагаемые на медицинских и фармацевтических работников при осуществлении ими профессиональной деятельности.

Так, в частности, согласно положениям проекта федерального закона медицинские работники и руководители медицинских организаций не вправе будут принимать подарки, денежные средства (за исключением вознаграждений по договорам при проведении клинических исследований лекарственных препаратов и медицинских изделий, по договорам о педагогической и (или) научной деятельности медицинского работника), оплату развлечений, отдыха, проезда к месту отдыха, а также принимать участие в развлекательных, торжественных, праздничных мероприятиях, проводимых за счет средств организаций, занимающихся разработкой, производством и/или реализацией лекарственных препаратов, медицинских изделий и организаций, обладающих правами на использование торгового наименования лекарственного препарата, организаций оптовой торговли лекарственными средствами, аптечных организаций (их законных представителей, иных физических



и юридических лиц, осуществляющих свою деятельность от имени данных организаций).

Впервые предусмотрено утверждение Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи Правительством Российской Федерации сроком на три года. Сохранен и получил дальнейшее развитие нормативный метод программно-целевого планирования медицинской помощи.

В медицинскую помощь, оказываемую бесплатно в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, включена паллиативная помощь, предоставляемая в медицинских организациях.

В целях обеспечения защиты прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи, разграничения порядков предоставления платных медицинских услуг и бесплатной медицинской помощи в проект федерального закона включена статья «Платные медицин-

ские услуги», в которой конкретизируется порядок оказания платных медицинских услуг гражданам.

Законодательно устанавливается перечень медицинских и связанных с медицинскими услуг, которые не подлежат оплате.

В проекте федерального закона отражен инновационный подход к управлению деятельностью в сфере охраны здоровья граждан, заключающийся в сочетании государственного регулирования и самоуправления, установлении системы управления качеством и безопасностью деятельности, введении новых форм государственного контроля качества и безопасности услуг в этой сфере.

Одним из элементов управления качеством и безопасностью деятельности в сфере охраны здоровья граждан будет являться информационная система, призванная обеспечить учет деятельности в сфере охраны здоровья граждан, в том числе персонифицированный учет оказанных услуг.

Закон «Об обязательном медицинском страховании»

29 ноября 2010 года Президентом России подписан закон «Об обязательном медицинском страховании». Этот закон позволит реально сделать человека центральным звеном системы оказания медицинской помощи. Сегодня медицинское учреждение в большинстве случаев содержится за счет средств бюджетов различных уровней, которые получают средства вне зависимости от того, сколько они приняли и вылечили людей. Закон меняет эту ситуацию — деньги идут за пациентом; финансируется оказанная услуга, а не учреждение.

Закон дает человеку право выбора страховой медицинской организации, медицинского учреждения и врача. Эти права будут подкреплены действующим на всей территории страны полисом обязательного медицинского страхования. Действие полиса в свою очередь будет обеспечено установленным сроком оплаты

или расчета, который составляет 25 дней, за оказанную медицинскую помощь вне региона проживания. Таким образом, с принятием закона у медицинских учреждений появилась гарантия того, что оказанная помощь иногороднему гражданину будет оплачена.

Начиная с мая 2011 года в соответствии с новой редакцией закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» гражданам будут выдаваться полисы единого образца, которые будут действовать на всей территории России. Единая база застрахованных лиц обеспечит достоверность и исключит дублирование информации о застрахованных. В последующем полис обязательного медицинского страхования будет включаться в состав универсальной электронной карты гражданина.



ВОПРОС | Смогут ли частные медицинские учреждения войти в ОМС?

ОТВЕТ | Да. Для этого нет никаких ограничений. Если учреждение имеет право на занятие медицинской деятельностью и заявляет о своем желании участвовать в программе ОМС, то ему никто не вправе отказать. Таким образом, с полисом ОМС пациент может обратиться и в частную клинику, работающую в системе обязательного медицинского страхования.

В соответствии с законом изменится роль страховых компаний — они должны будут стать «оператором» человека в его взаимоотношениях с медицинскими учреждениями. Во-первых, по действующему закону предусматривается, что выбор страховой организации остается за страхователем, то есть тем работодателем, у которого работает человек. Страхование неработающих людей осуществляют региональные власти. В итоге получается, что у страховых компаний нет мотивов бороться за потребителей услуг. В новом законе содержатся прямые нормы о том, что выбирает страховую компанию только человек, и страховая компания будет заинтересована в том, чтобы предложить человеку наибольший пакет внимания застрахованному лицу. Во-вторых, четче прописаны права страховых медицинских организаций по контролю за оказанием медицинской помощи. Защита прав застрахованных должна стать основой страховых компаний в отношениях с потребителями и включать такие параметры, как подбор медицинской организации для оказания помощи, ведение своего клиента на всех этапах оказания этой помощи и контроль за тем, как она была оказана.

ЦИТАТА:

«Наша модель ОМС ближе к системе медицинского страхования, принятой сейчас в Германии. Там все средства медицинского страхования собираются в один фонд, который распределяют между больничными кассами по подушевому принципу. Пациент при этом выбирает, к какой больничной кассе прикрепиться. У нас тоже будет единый фонд ОМС. Однако распределение станет двойное — сначала мы отдадим средства регионам, а потом регион распределит деньги между страховыми компаниями. Пациент при этом свободен в выборе компании, однако регулирование системы должно быть единое. Попытаемся выстроить вертикаль — не через административную подчинен-

ность, а через регулирование и контроль. Это более гибкий механизм. В регионах очень неплохо восприняли все эти идеи, но нужно, чтобы в этой системе нашли себя сами люди. Скажу откровенно: если бы они знали свои права, знали, куда обращаться в случае их нарушения, было бы гораздо проще. Реформе ОМС жизненно необходима обратная связь с пациентами. Иначе система всегда будет нам рапортовать, что она работает хорошо».

Владимир Зеленский, директор департамента медицинского страхования, «Итоги», 22 ноября

Законом устанавливается минимальный размер платежа за неработающее население (это в основном дети и пожилые люди) в систему ОМС. Раньше регионы платили за неработающее население по-разному, это не обеспечивало равнодоступность медицинской помощи.

Если раньше система ОМС оплачивала только пять статей расходов на медицинские услуги, то по закону вводится полный тариф оплаты медицинских услуг. Что это означает для пациента? Повышение доступности оказания медицинской помощи, так как каждая услуга, оказанная пациенту, будет оплачиваться полноценно, причем не только по статьям затрат, но и по стоимости лечения.

Принятие закона «Об обязательном медицинском страховании» — это важный этап в модернизации здравоохранения. Мы переходим к конкурентной модели, в которой на первый план выходит пациент и качество медпомощи.



СРОКИ ВВЕДЕНИЯ В ДЕЙСТВИЕ ЗАКОНА «ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»

Положение проекта закона	2011 год	2012 год	2013 год	2014 год	2015 год
Разграничение полномочий Российской Федерации и субъектов Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования	Не устанавливается	Разграничение полномочий с делегированием части полномочий Российской Федерации для осуществления субъектами Российской Федерации			
Предоставление субвенций из бюджета ФОМС бюджетам ТФОМС в целях финансового обеспечения переданных полномочий	Не устанавливается	Размер субвенций исчисляется как сумма страховых взносов на неработающее население, страховых взносов на работающее население, исчисляемых по тарифу 2%, и размера дотаций, предусмотренных в бюджете ФОМС на 2011 год	Размер субвенций исчисляется исходя из численности застрахованных лиц, норматива финансового обеспечения базовой программы ОМС и коэффициента удорожания стоимости услуг на территории субъекта Российской Федерации		
Переход на оплату медицинской помощи по полному тарифу	Тариф на оплату медицинской помощи может включать в себя не все элементы полного тарифа		Оплата медицинской помощи по полному тарифу		
Страховые взносы на ОМС неработающего населения	Устанавливаются не ниже уровня 2010 года, зачисляются в бюджет территориального фонда ОМС	Устанавливаются Федеральным законом о тарифе страховых взносов на ОМС неработающего населения с поэтапным достижением установленного размера в 2015 году, зачисляются в бюджет федерального фонда ОМС			
Выбор страховой медицинской организации	Выбор и замена застрахованным лицом страховой медицинской организации из числа осуществляющих деятельность по обязательному страхованию				
Выбор медицинской организации	Выбор врача, медицинской организации из участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования				
Участие медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования	Свободный доступ медицинских организаций, имеющих право на оказание медицинской помощи по соответствующему профилю				
Финансовое обеспечение скорой медицинской помощи (за исключением скорой специализированной санитарно-авиационной медицинской помощи)	За счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации, за счет средств обязательного медицинского страхования				
Финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи	За счет средств федерального бюджета и бюджетов субъектов Российской Федерации			За счет средств обязательного медицинского страхования	

Проект федерального закона «О биомедицинских клеточных технологиях»

Почти весь 2010 год Минздравсоцразвития России разрабатывал и в конце 2010 года вынес на общественное обсуждение проект федерального закона «О биомедицинских клеточных технологиях».

Сегодня использование живых клеток человека – одно из ключевых направлений, в котором создаются новые технологии, значительно расширяющие возможности здравоохранения, позволяющие перейти к персонализированной медицине, вылечить заболевания, которые на сегодня считаются неизлечимыми. Развитие этого направления одновременно требует законодательного регулирования, чтобы сделать клеточные технологии в первую очередь безопасными для пациентов. Также разработка законопроекта связана с имеющимися у Министерства планами по развитию

клеточных технологий в России, к которому невозможно перейти без новой законодательной базы.

Проект закрепляет основные принципы в сфере применения биомедицинских клеточных технологий: законность, уважение человеческого достоинства, добровольность участия пациентов в клинических исследованиях клеточного продукта, запрет на использование биомедицинских клеточных технологий в целях клонирования человека. Клетки, получаемые от пациента (донора), не могут являться предметами купли-продажи или других коммерческих сделок.

Законопроект не ограничивает исследования в области клеточных технологий. Его действие вступает в силу с момента клинических исследований этих технологий.



В законопроекте вводится единая стандартная процедура рассмотрения любой биомедицинской клеточной технологии и выстраивается система постоянного мониторинга безопасности и эффективности этой технологии.

Проект Закона охватывает все аспекты безопасности клеточных технологий: проверку безопасности разрабатываемой клеточной технологии, требования к человеку, который готов стать источником клеток, процедуру государственной регистрации клеточного продукта, постоянный мониторинг безопасности клеточных продуктов, уже получивших разре-

шение на применение. В соответствии с законопроектом лечение пациентов с применением клеточных продуктов смогут осуществлять только медицинские работники, получившие дополнительное образование по вопросам применения клеточных продуктов в объеме и порядке, установленных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Заместитель министра Вероника Скворцова уверена, что закон необходим, «чтобы придать импульс развитию клеточных технологий, при этом защитив пациентов от недобросовестных услуг и просто от заблуждений и ошибок».

ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ, ВКЛЮЧАЯ СОКРАЩЕНИЕ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ И ТАБАКА

Для здоровья нации и отдельного человека первостепенную роль играет образ жизни. Здоровье человека зависит от образа жизни примерно на 50%. Это самый значимый фактор, влияющий на здоровье. Стратегические цели демографического развития России, понимание здоровья как составляющей человеческого капитала страны, высокий уровень потребления алкоголя и табакокурения в России, низкий уровень заботы россиян о собственном здоровье — это основные двигатели программы по формированию здорового образа жизни. Формирование здорового образа жизни становится важным направлением и в векторе модернизации российского здравоохранения — переходе от системы здравоохранения, направленной на лечение заболеваний, к системе охраны здоровья, основанной на

приоритете здорового образа жизни и профилактики.

ЦИТАТА:

«Абсолютное большинство наших людей не следят за своим здоровьем. Трудо-способное население обращается к врачу, когда уже сильная боль и нужны срочные меры. А на самом деле у них ведь есть все возможности, причем бесплатные, чтобы себя проверить. Открыли, к примеру, в прошлом году центры здоровья, где как раз люди могут определить факторы риска и по результатам получить рекомендации по ведению здорового образа жизни или направления к врачам-специалистам».

Т.А. Голикова, министр здравоохранения и социального развития России, интервью «МК»

	за 2010 год
Всего функционирует центров здоровья для взрослых	502
Число обратившихся	2071,3 тыс. человек
Среднее число обратившихся в один центр здоровья	4126 человек
Всего признано здоровыми	668,3 тыс. человек
Выявлено с факторами риска	1381,3 тыс. человек
Выявлено больных	21,7 тыс. человек
Направлено к специалистам амбулаторно-поликлинических учреждений	622,7 тыс. человек
Направлено в стационары	1213 человек
Повторно посетили центры здоровья	694,7 тыс. человек (33,5%)

В 2010 г. создано 193 центра здоровья для детей



Работа центров здоровья

В 2009 году по России было открыто 502 бесплатных государственных центра здоровья, где любой желающий может пройти обследование, получить информацию о факторах риска для своего здоровья, индивидуальные рекомендации по ведению здорового образа жизни. Узнать о ближайшем центре здоровья каждый может на сайте www.takzdorovo.ru или по телефону горячей линии 8-800-200-0-200. По мере роста информированности людей о возможностях, предоставляемых центрами здоровья, последние набирают популярность. За 11 месяцев 2010 года их посетило 2 млн 71,3 тыс. человек. В среднем на один центр здоровья пришлось 4126 посещений. В ряде регионов, где была хорошо организована информационно-разъяснительная работа об открывшихся центрах здоровья, центры загружены полностью.

1 декабря 2010 года открылись 193 центра здоровья для детей. На них возложены функции, связанные с разными аспектами сохранения детского здоровья: информирование родителей и детей о вредных и опасных для здоровья факторах и привычках; формирование принципов «ответственного родительства»; обучение родителей и детей гигиеническим навыкам, включающее мотивирование их к отказу от вредных привычек; внедрение современных медико-профилактических технологий в деятельность учреждений здравоохранения субъектов Российской Федерации и учреждений здравоохранения муниципальных образований педиатрического профиля в зоне ответственности центра; обучение медицинских специалистов, родителей и детей эффективным методам профилактики заболеваний с учетом возрастных особенностей детского возраста; динамическое наблюдение за детьми группы риска развития неинфекционных заболеваний; оценка функциональных и адаптивных резервов организма детей с учетом возрастных особенностей, прогноз состояния здоровья ребенка в будущем; кон-

сультирование по сохранению и укреплению здоровья детей, включая рекомендации по коррекции питания, двигательной активности, занятиям физкультурой и спортом, режиму сна, условиям быта, труда (учебы) и отдыха с учетом возрастных особенностей; разработка индивидуальных рекомендаций сохранения здоровья, в том числе с учетом физиологических особенностей детского возраста; мониторинг реализации мероприятий по формированию здорового образа жизни среди детского населения региона, анализ факторов риска развития заболеваний у детей.

В 2010 году в рамках реализации мероприятия по повышению квалификации медицинских работников по вопросам профилактики Минздравсоцразвития России осуществляется подготовка специалистов центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака.

В 2010 году на эти цели было выделено финансирование в размере 28 224,0 тыс. рублей.

В рамках реализации мероприятий приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения по дополнительной подготовке врачей в 2010 году планируется обучить 4704 специалиста, из них 4016 — для центров здоровья для взрослых и 772 — для центров здоровья для детей.

В 2010 году подготовка специалистов центров здоровья в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» проводилось на базе образовательных учреждений высшего профессионального образования, которые определены по результатам конкурсного отбора в соответствии с действующим законодательством.

С мая 2010 года проводится подготовка специалистов центров здоровья для взрослых, которая завершилась 30 ноября 2010 года. Подготовка специалистов для центров здоровья для детей закончилась 15 декабря 2010 года.

Совершенствование наркологической службы

КАЛЕНДАРЬ КЛЮЧЕВЫХ СОБЫТИЙ

9 ИЮНЯ — Утверждение «Стратегии государственной антинаркотической политики до 2020 года».

1 ОКТЯБРЯ — Начала свою работу антиалкогольная «горячая линия» Минздравсоцразвития России.

5–7 ОКТЯБРЯ — Научно-практическая конференция «Наркология-2010».

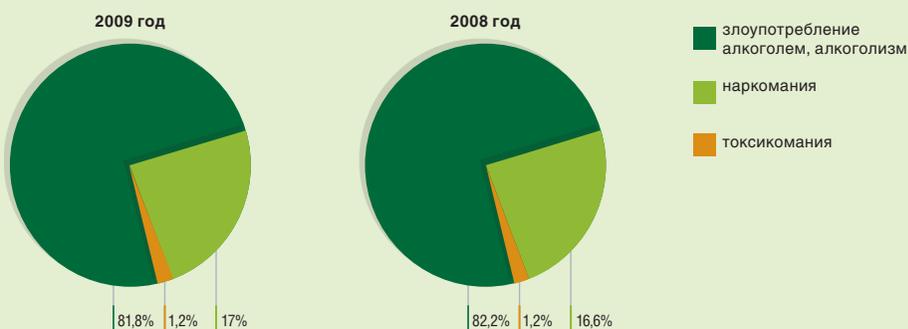
МАСШТАБ ПРОБЛЕМЫ

В 2009 году в России было зарегистрировано 3 250 664 больных с психическими и поведенческими расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ

2 658 302
потребителя алкоголя

555 272
потребителя
наркотических средств

37 090
потребителей
ненаркотических средств



По данным федерального статистического наблюдения, в России в 2009 году зарегистрировано 3,25 млн больных, из которых около 82% — это больные алкоголизмом, 17% — больные наркоманией и 1,2% — пациенты с токсикоманией.

Наша страна пока по-прежнему лидирует в мире по уровню потребления алкоголя на душу населения, который составляет около 15 литров на человека в год. Но, надо отметить, что в 2009 году по отношению к 2008 году произошло снижение с 18 литров. Также в 2009 году впервые зарегистрировано снижение числа больных наркоманией. И в 2009 году в России резко снизилась смертность от случайных отравлений алкоголем, а также от передозировок наркотиками. Это первые результаты системного подхода к формированию здорового образа жизни. Развитие наркологической службы необходимо для того, чтобы наметившиеся тенденции сохранить.

Ресурсы наркологической службы по количеству учреждений достаточны для органи-

зации непрерывной профилактики и лечения больных наркологического профиля. Однако существующая сеть не в состоянии полностью обеспечить больных необходимой реабилитационной помощью.

В России в 2009 году специализированными наркологическими учреждениями страны зарегистрировано 555 тыс. лиц, злоупотребляющих наркотиками, в том числе 357,8 тыс. больных наркоманией. Из них 386 тыс. человек употребляют наркотики инъекционным способом, что составляет 69,6% от общего числа зарегистрированных потребителей наркотиков.

Ситуация с наркологическими расстройствами, связанными с употреблением наркотиков, характеризуется следующими тенденциями:

- снижением показателя первичной заболеваемости наркоманией за 2009 год на 4,8% по сравнению с 2008 годом;
- снижением учтенной распространенности потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) по стране на 0,7% с 274,2 на 100 тыс.



населения в 2008 году до 272,2 на 100 тыс. населения в 2009 году;

- превалярованием в структуре употребляющих наркотические средства лиц молодого возраста (15–34 лет);
- снижением смертности от случайных отравлений наркотическими средствами на 10,7% с 2,8 на 100 тыс. населения в 2008 году до 2,5 на 100 тыс. населения в 2009 году;
- снижением доли больных наркоманов, снятых с диспансерного наблюдения в связи со смертью, с 23,6% в 2008 году до 21,4% в 2009 году.

Для лечения и реабилитации больных наркоманией, употребляющих любой вид наркотиков, введена единая технологически взаимосвязанная последовательность мероприятий. Эта система включает семь этапов работы по профилактике, лечению и реабилитации наркологических заболеваний в различных наркологических учреждениях: наркологических диспансерах, наркологических больницах, наркологических реабилитационных центрах. В стране 4 реабилитационных центра, которые являются юридическими лицами. Однако реабилитационные отделения и койки существуют во всех наркологических учреждениях. Оказание наркологической помощи осуществляется за счет бюджетных средств субъектов Российской Федерации.

Стратегия развития наркологической помощи базируется на трех основных направлениях:

- профилактика: первичная — массовые кампании по предупреждению увлечением наркотиками и алкоголем, ориентированные на детей и молодежь; вторичная — ориентированная на тех, кто от случая к случаю употребляет наркотические средства или демонстрирует признаки наркологической зависимости; третичная — медицинская профилактика для каждого конкретного больного;
- диагностика и лечение;
- медико-социальная реабилитация.

В 2009 году распоряжением Правительства утверждена Концепция по снижению злоупотребления алкоголем и профилактике алкоголизма, в 2010 году Президентом утверждена Стратегия государственной антинаркотической политики до 2020 года. Во всех этих документах определены стратегические направления и конкретные мероприятия развития наркологической службы. Минздравсоцразвития утвердило порядок оказания наркологической помощи.

Главным в системе профилактики становится формирование здорового образа жизни. Это направление включает в том числе профилактику алкоголизма, наркомании, токсикомании; формирование у различных групп, особенно у подрастающего поколения, мотивации для ведения здорового образа жизни, искоренение вредных привычек; развитие физической культуры, обеспечение здорового питания. Одним из основных направлений по реализации указанных мероприятий является создание мотивации к личной ответственности за свое здоровье.

Стратегическое направление, которое возрождается в нашей стране, — это медико-социальная реабилитация. Повышенное внимание к этому направлению отмечается и во всех развитых странах. Это малозатратные технологии и стационарозамещающие формы организации реабилитационной помощи, организация лечебно-трудовых мастерских.

В 2011 году на развитие наркологической службы в рамках нацпроекта «Здоровье» предусмотрено 288 млн рублей.



Разработанные нормативные акты

- Подготовлен и внесен в Правительство РФ проект федерального закона «О внесении изменений в статьи 21 и 22 Федерального закона «О рекламе». Законопроект предусматривает ужесточение требований к рекламе алкогольной продукции, пива и напитков, изготавливаемых на его основе.
- Разработан и внесен в Правительство РФ проект федерального закона с наименованием «Технический регламент на алкогольную продукцию», к которой отнесены в том числе пиво и напитки, изготавливаемые на его основе.

Принятие национальной стратегии по борьбе против табака и первые итоги ее реализации

КАЛЕНДАРЬ КЛЮЧЕВЫХ СОБЫТИЙ

31 МАЯ — акция «31 мая — день отказа от курения. Навсегда». Создание онлайн-клуба никотиновой независимости на сайте www.takzdorovo.ru.

22 ИЮНЯ — вступление в силу положения техрегламента о новом виде предупредительных надписей на табачных пачках.

26 ИЮНЯ — специальная акция для всех желающих проверить свои легкие в рамках «Марафона здоровья», организуемого совместно с Лигой здоровья нации.

13 СЕНТЯБРЯ — встреча в рамках 60-й сессии Европейского регионального комитета ВОЗ министра здравоохранения социального развития РФ Татьяны Голиковой с руководителем Секретариата Рамочной конвенции по борьбе против табака Хайком Никогосьяном, на которой были достигнуты договоренности о необходимости усиления роли России в работе ВОЗ по предотвращению распространения табачной зависимости.

23 СЕНТЯБРЯ — Председатель Правительства РФ утвердил национальную концепцию осуществления государственной политики противодействия потреблению табака и план мероприятий по ее реализации.

9 НОЯБРЯ — презентация результатов глобального опроса взрослого населения о потреблении табака (GATS) в России.

15–20 НОЯБРЯ — участие российской делегации в четвертой конференции Рамочного соглашения Всемирной организации здравоохранения по борьбе с табаком в Уругвае.

18 НОЯБРЯ — Всемирный день отказа от курения и приуроченная к нему антитабачная

акция «Некурящая Москва» с запретом курения в московских кафе и ресторанах.

С момента присоединения России к Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ) прошло 2 года. За это время Россия прошла достаточно сложный путь по выполнению первоначальных обязательств, вытекающих из Конвенции.

Функции по координации проведения работ и обеспечению выполнения Российской Федерацией обязательств, вытекающих из Конвенции, возложены на Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Обязательства, возникшие у Российской Федерации в результате присоединения к Рамочной конвенции, включают вопросы, затронутые в Техническом регламенте на табачную продукцию.

Так, одно из требований РКБТ — правила размещения предупредительных надписей на каждой пачке табачных изделий. Важной характеристикой предупреждений является доля занимаемой ими поверхности упаковки табачных изделий: «50% основной маркированной поверхности и более, но ни в коем случае не менее 30% основной маркированной поверхности».

До вступления в силу этого положения техрегламента в России под предупредительную надпись о вреде курения выделялось 4% площади большей стороны пачки, при этом не были регламентированы требования к шрифту, фону, рамке, что не соответствовало требованиям РКБТ.



С 22 июня 2010 года требования к предупреждениям о вреде курения на упаковках табачных изделий определяются Техническим регламентом на табачную продукцию (статья 10), в котором установлен для нанесения на упаковку перечень предупреждающих надписей о вреде потребления табачных изделий, занимающих для основной предупредительной надписи не менее 30% площади большей стороны потребительской тары, для другой предупредительной надписи — не менее 50% на другой большей стороне пачки.

Техническим регламентом предусмотрены: основная предупредительная надпись о вреде курения — «Курение убивает» и одна из предупредительных надписей о вреде курения на тыльной стороне пачки. Предупредительные надписи, нанесенные черными буквами на белом фоне, помещаются в рамку черного цвета и располагаются следующим образом: на лицевой стороне упаковки — основная надпись «Курение убивает», занимающая 30% площади, а на стороне, противоположной лицевой, — одна из других предупредительных надписей, занимающая не менее 50% поверхности.

Борьба с табакокурением — долгосрочная программа, главная цель которой — сохранение здоровья нации. В России ежегодно 400 тыс. россиян умирают от болезней, которые вызваны курением.

В сентябре 2010 года премьер-министр РФ Владимир Путин подписал Концепцию осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010–2015 годы. Этот документ разработан в полном соответствии с требованиями РКБТ и содержит все необходимые эффективные меры по борьбе против табачной эпидемии.

Также утвержден план по реализации Концепции, который предусматривает внесение изменений в действующее законодательство и подготовку новых нормативных правовых актов, направленных на выполнение обязательств, связанных с присоединением к РКБТ.

Некоторые меры в рамках РКБТ были приняты в 2010 году еще до утверждения Концепции. Так, в частности, были изменены требования:

- к предупредительным надписям о вреде курения;
- маркировке табачных изделий;
- предусмотрена ежегодная индексация ставок акцизов на табачные изделия.

Двадцать шестого июня 2010 года Минздравсоцразвития России проводило специальную акцию для всех желающих проверить свои легкие, в особенности для курильщиков, легкие которых подвергаются наибольшему риску. Акция проходила в рамках «Марафона здоровья», организуемого совместно с Лигой здоровья нации в Москве на ВВЦ. 70 человек, которые в этот день прошли диагностику, смогли получить индивидуальные рекомендации по отказу от курения и восстановлению или укреплению здоровья своих легких.

Россия стала одной из 14 стран в мире, в которой был проведен глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака по методике, предложенной ВОЗ.

Девятого ноября Минздравсоцразвития совместно с ВОЗ презентовало результаты глобального опроса взрослого населения о потреблении табака (GATS) в России. Он показал, что среди наших граждан курит 60,2% мужчин и 21,7% женщин. Всего курят 43,9 млн взрослых, что составляет почти 40% населения страны. Это самый высокий показатель распространенности курения в странах, в которых было проведено данное исследование. При этом курит почти половина граждан России в самой экономически и демографически активной возрастной группе от 19 до 44 лет (7 из 10 мужчин и 4 из 10 женщин).

Согласно данным исследования GATS почти 35% россиян подвергаются воздействию вторичного табачного дыма на работе. 90,5% людей, посетивших бар, и почти 80% (78,6%) людей, посетивших ресторан, вынуждены были вдыхать табачный дым. Свыше 60% российских курильщиков хотели бы отказаться от курения. К сожалению, около 90% попыток отказаться от этой пагубной привычки оказываются безуспешными.

Существуют доказанные методы снижения уровня табакокурения. Уже 168 стран, включая Российскую Федерацию, ратифицировали Рамочную конвенцию ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ) — первый в мире международный договор, целиком посвященный охране здоровья населения. Этот договор содержит план действий для успешной борьбы против табака в случае его полного выполнения. В числе содержащихся в нем мер — ограничения на курение в общественных местах и рекламу табачных изделий.



Согласно результатам GATS подавляющее большинство жителей нашей страны поддерживают запрет на курение в общественных местах. 82,5% россиян выступают за полный запрет рекламы табачных изделий.

Таким образом, уже сегодня можно говорить о том, что россияне полностью поддерживают эффективные меры по снижению уровня курения, успешно реализованные в других странах. А значит, Россия готова к тому, чтобы занять достойное место в ряду государств, справившихся с эпидемией табакокурения.

Минздравсоцразвития России уже приступило к реализации отдельных мер, предусмотренных Концепцией. Одной из них стало создание и оснащение центров здоровья — специализированных учреждений здравоохранения, одна из функций которых — оказание помощи по отказу от употребления табака. Проводится активная коммуникационная программа по борьбе с курением.

На интернет-портале о здоровом образе жизни www.takzdorovo.ru создан онлайн клуб никотиновой НЕзависимости «31 мая». С осени прошлого года запущена «горячая линия» по здоровому образу жизни, в ходе которой специалисты оказывают консультации по вопросам «Как бросить курить?».

18 ноября впервые состоялась акция по защите населения в ресторанах и барах от табачного дыма «Некурящая Москва», приуроченная к Всемирному дню отказа от курения. Акция была организована в рамках программы по формированию здорового образа жизни «Здоровая Россия». Участники акции, известные рестораторы города, провели небольшой эксперимент в своих заведениях, полностью запретив в них на некоторое время употребление табака. Более сотни заведений Москвы, где нельзя курить, вошли в специальный московский путеводитель — «некурящую» карту Москвы. Ее получили более 100 тыс. москвичей, которые сейчас точно знают, в каких заведениях их здоровью не будет угрожать табачный дым.

Акция «Некурящая Москва» послужила поводом создания «некурящих» карт в других городах России, но на этот раз уже интерактивных. На сайте здорового образа жизни по ссылке www.takzdorovo.ru/maps предусмотрена возможность создания такой карты жителями, а также рестораторами любого города. Так, например, свободные от курения места уже

нанесли на карту Казани, Челябинска и Чебоксар. Эти регионы активно поддержали акцию «Некурящая Москва» и провели антитабачные акции в крупных городах.

ПЛАНЫ НА 2011-й И ПОСЛЕДУЮЩИЕ ГОДЫ

■ С 2012 года предусмотрено изменение структуры производства и потребления табачных изделий в части сокращения доли и последующего вытеснения с рынка сигарет без фильтра путем установления единой ставки акциза для сигарет с фильтром и без фильтра.

■ В числе намеченных мер в данное время основным является принятие нормативных правовых актов, которые должны обеспечить:

■ поэтапное введение целого ряда ограничительных мер, защищающих граждан Российской Федерации от воздействия вторичного табачного дыма;

■ дальнейшее увеличение налога на табачные изделия с доведением его до среднего среди стран Европейского региона ВОЗ уровня;

■ введение запрета всех видов рекламы, спонсорства и стимулирования продаж табачных изделий;

■ корректировку требований по регулированию, раскрытию состава табачных изделий, а также требований к их упаковке и маркировке;

■ обеспечение предотвращения незаконной торговли табачными изделиями и недопущения их продажи несовершеннолетним и несовершеннолетними.



Коммуникационная программа по формированию приоритетов здорового образа жизни «Здоровая Россия»

ЦИТАТА:

«В 1946 году, на заре своего существования Всемирная организация здравоохранения, определила понятие: что такое “здоровье”. И вы видите, “здоровье — это не отсутствие болезней как таковых или физических недостатков, а состояние хорошего общего физического, умственного и социального благополучия”. Сегодня сосредоточено внимание на первой, но уже никак не на двух проблемах, которые стоят перед человечеством. Надо сказать, что это официальное определение ВОЗ вызвало в некоторых медицинских и особенно в политических кругах критику, предложение коррекции этого понятия “здоровья”. Критики исходили из того, что это все — нереально. И в первую очередь это относилось к достижению душевного и социального благополучия. В то время как факты, в том числе и научные данные, подтверждают реальность и значимость этих положений. Действительно, достижение душевного и социального благополучия в меньшей степени зависит от самого человека. А зависит в основном от государства, от общества и от семьи».

*Е.И. Чазов, главный специалист-кардиолог
Минздравсоцразвития России, публичная лекция
«Условия формирования здорового образа жизни»*

В 2010 году продолжилась реализация государственной коммуникационной программы по формированию приоритетов здорового образа жизни «Здоровая Россия». В задачи коммуникационной программы входит формирование ценности здоровья и ответственного отношения к собственному здоровью и здоровью членов семьи, донесение необходимости соблюдения принципов здорового образа жизни, таких как здоровое питание, активный образ жизни, своевременное профилактическое обследование взрослых и детей, отказ от употребления алкоголя и табака, информирование населения о работе бесплатных государственных центров здоровья, о возможности прохождения экспресс-диагностики в центрах здоровья и получения индивидуальных реко-

мендаций по ведению здорового образа жизни.

На реализацию коммуникационной программы «Здоровая Россия» в 2010 году было израсходовано 262 млн рублей.

В 2010 году основными акцентами коммуникационной кампании стали **борьба с употреблением табака и формирование у населения ответственного отношения к собственному здоровью** (формирование «культуры тела»). Для донесения до целевых аудиторий ключевых посланий был создан **пакет рекламно-информационных материалов**: видеоролики, аудиоролики, макеты наружной рекламы (в том числе нестандартные наружные конструкции), анимационные ролики и ролики для автономного распространения в сети Интернет («вирусные»), интернет-баннеры, интернет-приложения и другие материалы.

С августа по ноябрь прошла **масштабная рекламная кампания** на телевидении, радио, наружных и интернет-носителях, а также в метрополитене Москвы и Санкт-Петербурга. ТВ-кампания прошла на телеканалах: «Первый», СТС, Рен-ТВ, ТВЗ, «Россия 2», ДТВ, «5 канал», 7ТВ. Кампания на наружных носителях проходила в Москве, Санкт-Петербурге, Сочи и еще в 17 крупных городах Российской Федерации. Также в Москве в сентябре был осуществлен специальный проект рекламной кампании на нестандартных наружных носителях — 20 двусторонних прозрачных конструкциях сити-формата в самых посещаемых точках в центре Москвы. В метрополитене Москвы и Санкт-Петербурга были размещены рекламные стикеры: 955 рекламных мест в Москве и 350 рекламных мест в Санкт-Петербурге. Трансляции радиороликов проходили на радиостанциях: «Европа Плюс», «Ретро FM», «Радио 7», «Милицейская волна», «Наше радио». Интернет-кампания прошла на ресурсах www.vkontakte.ru, www.mail.ru, Мой Мир/Mail.ru.

За период проведения телевизионной кампании ролики увидели более 92% жителей городов с населением от 100 тыс. человек, что составляет около 60 млн человек, из них 27,7 млн — в возрасте от 18 до 45 лет. Охват населения городов, в которых проходило размещение на наружных носителях, — 73%, что составляет более 23,4 млн человек; общее



количество рекламных контактов составило около 724 млн. Оценочный охват за весь период рекламной кампании на радио составляет 40,8 млн человек. Кампания в метро Москвы охватила 6,1 млн человек (более 50% населения города) и обеспечила 278,4 млн контактов, кампания в метро Санкт-Петербурга охватила 1,35 млн человек (более 29% населения города) и обеспечила 42,5 млн контактов. За период интернет-кампании общее количество просмотров баннеров составило более 387 млн. Охват уникальных пользователей интернет-кампании — более 26 млн человек, что составляет около 61% пользователей Интернета в России.

Мультимедийный интернет-портал о здоровом образе жизни www.takzdorovo.ru в 2010 году стал центральным элементом коммуникационной кампании. Данный портал предоставляет пользователям широкий спектр регулярно пополняемой информации о различных аспектах здорового образа жизни, включающий интерактивные сервисы, тестовые и оценочные системы, возможность общения пользователей и ведения дневников, социальную сеть, возможность получения онлайн-консультаций экспертов сферы здравоохранения, а также другие активности. В рамках развития портала в 2010 году были запущены следующие сервисы: промопространство «Клуб никотиновой НЕзависимости “31 мая”» для поддержки бросающих курить, промопространство кампании по формированию «культуры тела» со специально разработанными тестами и другим контентом, сервис пользовательского контента (нанесение на карту объектов здорового образа жизни по всей России).

Сайт ежедневно посещают до 20 тыс. человек. С начала года на портале опубликовано более 1200 единиц контента: статьи, авторские колонки, тесты, онлайн-конференции (включая более 400 видеоматериалов). За одно посещение пользователь в среднем проводит около 12 минут на портале и просматривает более 6 страниц. Число зарегистрированных посетителей — более 84 тыс. Более 50% зарегистрированных пользователей постоянно используют персональные сервисы.

В 2010 году сайт получил премию Рунета.

Функционирует **единая телефонная справочная служба** программы «Здоровая Россия» 8-800-200-0-200, где предоставляются бесплатные консультации по принципам здо-

рового питания, по рискам курения и способам отказа от табака, по работе центров здоровья. В рамках развития справочной службы в 2010 году также был разработан и запущен в работу рубрикатор по вопросам, связанным с употреблением алкоголя. Среднее количество звонков на «горячую линию» в 2010 году в период фоновой нагрузки составило до 5000 обращений в месяц, а в период рекламной кампании — до 35 тыс.

Телевизионные проекты для взрослого населения транслировались на федеральном телеканале «Россия 1» и включали:

- цикл из 18 программ «Подари себе жизнь» в формате реалити-шоу; герой каждого выпуска — лидер общественного мнения, который проходит диагностику состояния своего организма и за 8 недель меняет свой образ жизни в сторону здорового, тем самым продлевая себе жизнь. Средняя доля программы составила 12,8;
- информационные сюжеты о борьбе с употреблением табака, алкоголя, о работе центров здоровья и общей профилактике с частотой 2–3 раза в неделю в программе «Утро России». В сюжетах длительностью 3–5 минут рассказывается, как и зачем бороться с вредными привычками и вести здоровый образ жизни. В 2010 году вышло более 130 сюжетов, средняя доля составила 19,0;
- восемь социальных видеороликов с лидерами общественного мнения, содержащие призыв к отказу от алкоголя и табака; трансляция с середины сентября до конца года по 4–9 выходов в сутки.

В мае–июне 2010 года прошла **всероссийская акция «31 мая — День отказа от курения. Навсегда»**, приуроченная ко Всемирному дню борьбы с табаком. Идея акции — отказ от курения «всей страной» с понедельника 31 мая и всесторонняя поддержка «бросивших». Специально для анонсирования и проведения акции были разработаны рекламно-информационные материалы.

Акцию поддержали ведущие российские телеканалы и радиостанции, печатные и интернет-СМИ и социальные сети, сети кинотеатров по всей России, крупные московские вузы и медицинские вузы по всей стране, аэропорты московской воздушной зоны, российские железные дороги, московский метрополитен, а также представители бизнес-структур, некоммерческих организаций и региональных орга-



нов здравоохранения. Акция сопровождалась активной телевизионной, интернет- и радиокампаниями, была ярко представлена в формате наружной рекламы по Москве в течение полутора месяцев.

В день 31 мая поток звонков на «горячую линию» 8-800-200-0-200 по сравнению с «фоновой» ежедневной нагрузкой вырос в 33 раза и достиг 9066 вызовов, что показывает возросший интерес населения к проблеме отказа от табака, а также позволяет существенно увеличить информированность граждан о рисках употребления табака и методах отказа от курения.

На портале www.takzdorovo.ru было создано специальное промпособранство www.takzdorovo.ru/31may, в котором пользователи могли поделиться собственными опытом и мотивами отказа от вредной привычки, а также поддержать других участников акции.

Специально для участников акции была создана программа-помощник по отказу от курения, оснащенная индивидуальным счетчиком и другими инструментами, которые призваны помочь пользователю в процессе преодоления никотиновой зависимости. Число уникальных посетителей сайта www.takzdorovo.ru в период проведения акции составило более 30 тыс. в день. По окончании акции промо-пространство было преобразовано в клуб никотиновой НЕзависимости «31 мая» — сообщество людей, объединенных идеей отказа от курения.

В клубе никотиновой НЕзависимости зарегистрировано более 20 тыс. участников, опубликовано более 900 историй отказа от курения.

В июне 2010 года стартовал **Всероссийский конкурс проектов по здоровому образу жизни «Здоровая Россия»**. Конкурс проводился по двум основным направлениям: социальные проекты по формированию здорового образа жизни и социальная реклама, направленная на популяризацию здорового образа жизни. Основной площадкой для проведения конкурса социальных проектов по формированию здорового образа жизни стал специально созданный интернет-портал www.zdravo-russia.ru. На конкурс было подано более 800 проектов. Награждение победителей конкурса социальных проектов по формированию здорового образа жизни состоялось в сентябре в рамках проведения Всероссийского форума «Здоровье нации — основа процветания России», а награждение победителей конкурса проектов социальной рекламы, направленной

на популяризацию здорового образа жизни, состоялось в рамках проведения Московского международного фестиваля рекламы и маркетинга Red Apple.

В целях осуществления нестандартного продвижения здорового образа жизни в молодежной среде на ведущих порталах информационно-развлекательной направленности, на лидирующих сервисах блогов и в социальных сетях, а также на наиболее посещаемых форумах по соответствующей теме были размещены **«вирусные» ролики** по теме борьбы с потреблением табака и злоупотреблением алкоголя, адресованные молодежной аудитории. Также были размещены 10 анимационных роликов о правилах отказа от курения. Общее количество просмотров роликов на начало декабря 2010 года составило более 2,5 млн. А «вирусный» антиалкогольный ролик «Белка» стал лидером просмотров в декабре, набрав за первые две недели размещения более 1 млн 700 тыс. просмотров и получив резонанс в российских и зарубежных СМИ.

На площадке Минздравсоцразвития России в 2010 году запущен **цикл публичных лекций** о здоровом образе жизни при участии самых авторитетных российских экспертов сферы здравоохранения. Видеозаписи и стенограммы лекций также располагаются на интернет-портале www.takzdorovo.ru.

В конце 2010 года были произведены и показаны в эфире телеканала «Россия 1» четыре документальных фильма о приоритетных направлениях национального проекта «Здоровье», включая фильм «Конвейер смерти. Никотин», освещающий различные аспекты табакокурения в России и способы отказа от вредной привычки. Охват аудитории каждого фильма составил более 2,5 млн человек.

Мониторинг общественного мнения, включающий оценку эффективности проведенных мер, изучение динамики доли среди населения России, мотивированной на ведение здорового образа жизни и выработку рекомендаций по корректировке направлений программы на следующие годы, проведен в ноябре–декабре 2010 года.



ЛЕКАРСТВЕННАЯ ПОЛИТИКА

Гарантия доступности и переход к долгосрочному развитию российского фармацевтического рынка

2010 год стал ключевым для развития российского фармацевтического рынка. В течение года были разработаны и внедрены законодательные инициативы, которые позволили обеспечить ценовую доступность лекарственных средств и создать условия для развития российского фармацевтического рынка.

КЛЮЧЕВЫЕ СОБЫТИЯ.

АПРЕЛЬ 2010 Подписание закона «Об обращении лекарственных средств».

ДЕКАБРЬ 2009 Разработка перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств (ЖНВЛС).

АПРЕЛЬ 2010 Введение государственного регулирования цен на ЖНВЛС.

ОКТАБРЬ 2010 Разработка минимального перечня лекарственных средств для аптечных организаций.

НОЯБРЬ 2010 Облегчение ввоза в Россию незарегистрированных лекарственных препаратов для применения по медицинским показаниям.

АПРЕЛЬ 2010 Утверждение перехода российских производителей на современные стандарты качества GMP.

ПРИОРИТЕТЫ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПОЛИТИКИ В ОБЛАСТИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ И МЕДИЦИНСКОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ

ВЫСОКАЯ СОЦИАЛЬНАЯ ЗНАЧИМОСТЬ И ОБЪЕМ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЗАКАЗА НА МЕДИЦИНСКУЮ ПРОДУКЦИЮ ПОДЧЕРКИВАЮТ АКТУАЛЬНОСТЬ:

государственной поддержки национальной фармацевтической и медицинской промышленности;

активной политики в области стимулирования научных исследований и разработок эффективных и современных лекарственных средств и изделий медицинского назначения;

необходимость обеспечения поступательного движения российской фармацевтической и медицинской промышленности в сторону замещения отдельных видов импортной продукции, последующего расширения ассортимента отечественных конкурентоспособных аналогов и выведения на рынок оригинальных российских разработок

Регулирование цен на лекарства

Государственное регулирование цен на препараты, которые вошли в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, началось с апреля 2010 года.

В течение 2009 года цены росли скачкообразно, по итогам года показав значительный рост — в амбулаторном сегменте на 10,8%, а в госпитальном на 16,1%. В отдельных регионах надбавки на лекарства, пройдя через цепочку посредников, достигали 200%.

Главная задача, поставленная перед системой государственного регулирования цен, — стабилизировать ситуацию и обеспечить прозрачность ценообразования, чтобы гарантировать доступность основных лекарственных средств. Надо отметить, что государственное регулирование цен на лекарственные средства

в силу специфики и социальной значимости этого рынка введено в большинстве европейских стран.

Государственное регулирование цен было введено на лекарства, которые вошли в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП). Иными словами, это те препараты, которые больше всего влияют на снижение показателей смертности и заболеваемости.

В обновленный перечень ЖНВЛП, который был утвержден Правительством РФ в ноябре 2010 года, вошли 522 наименования лекарственных средств. Из них 84 наименования (16,1%) производятся только отечественными производителями, 162 наименования (31%) производятся только зарубежными произво-



дителями, а производство 276 наименований (52,9%) лекарственных препаратов осуществляется как российскими, так и иностранными фармацевтическими предприятиями.

Разработку перечня вели главные внештатные специалисты Министерства. Это лучшие специалисты России по профильным заболеваниям. У каждого специалиста была сформирована экспертная группа, в которую вошли ведущие ученые, признанные не только в России, но и за рубежом. При разработке за основу был взят аналогичный перечень Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), который существует уже несколько десятков лет. Подобные перечни утверждены более чем в 160 странах мира. В перечень входят те препараты, которые отвечают основным потребностям системы здравоохранения с учетом их эффективности, безопасности, доступности.

Благодаря госрегулированию цены на основные лекарства не только перестали расти, но и начали снижаться. К октябрю 2010 года снижение цен в среднем по России в амбулаторном сегменте фармацевтического рынка составило 2,74%, в госпитальном сегменте — 2,43%.

Применение дифференцированных предельных торговых надбавок в амбулаторном сегменте также привело к тому, что в группах лекарственных средств стоимостью от 50 до 500 рублей и свыше 500 рублей достигнуто значительное снижение цен — на 3,65 и 6,78% соответственно. Снижение цен на лекарственные средства в ценовой категории до 50 рублей составило 0,80%.

Стоимость импортных препаратов снизилась на 3,50% в амбулаторном сегменте и на 3,45% в госпитальном. На отечественные лекарственные средства снижение цен составило 1,81% в амбулаторном сегменте и 1,07% в госпитальном.

Министерство ставит перед собой задачу сделать основные лекарственные средства доступными не только с точки зрения доступности цены, но и реальной доступности препаратов в аптеках. Наиболее важным сегментом Министерство считает препараты стоимостью до 500 рублей. Министерство получило данные мониторинга цен от ведущих аптечных сетей. По их информации, доля лекарств в сегменте до 500 рублей в общем объеме составляет не менее 50%. Так что практика опровергла опасения ряда экспертов, что госрегулирование цен приведет к вымыванию из аптек дешевых лекарств.

ЦИТАТА:

«Существенное снижение цен на лекарства в 2010 году переломило многолетнюю тенденцию развития отечественного фармацевтического рынка, в соответствии с которой стоимость медикаментов всегда только увеличивалась».

Газета «Время новостей», 16 ноября 2010 года.



ВОПРОС

Как составлялся перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов?

ОТВЕТ

Отвечает Диана Олеговна Михайлова, директор Департамента развития фармацевтического рынка и рынка медицинской техники:

«На протяжении многих лет перечень ЖНВЛП все больше и больше расширялся, из него практически никогда не исключали устаревшие препараты. Мы изменили подход: если заявляем, что государство гарантирует предоставление лекарств в этом объеме, то все препараты перечня должны быть доступны. Поэтому перечень должен быть настолько сбалансированным, чтобы можно было одновременно выполнить все медицинские технологии с надлежащим качеством и уложиться в бюджет.

Для этого за основу мы взяли перечень основных лекарственных средств Всемирной организации здравоохранения и разложили его по анатомо-терапевтической химической (АТХ) классификации ВОЗ. В ней также есть большие блоки, аналогичные фармакотерапевтическим, но они делятся на фармакологические группы и подгруппы. Благодаря такой детализированной структуре появилась возможность оценить наполняемость каждой группы и подгруппы препаратов.

В итоге в каждую подгруппу вошел один препарат, рекомендованный ВОЗ, и дополнительно к нему еще один препарат того же назначения, имеющий наивысшую степень доказательности. Исключение было сделано только для некоторых российских лекарств, традиционно применяемых в медицинской практике, но не имеющих современной доказательной базы. Можно сказать, что их эффективность доказана многолетней клинической практикой. Таким образом, в некоторых подгруппах появился третий препарат — отечественный.

Соответственно, в перечень не вошли препараты с более низкой степенью доказательности. А также в соответствии с решением экспертной комиссии ВОЗ от 2002 года были исключены комбинированные препараты, в состав которых входят вещества, представленные в перечне ЖНВЛС в виде монокомпонентных препаратов. Международные эксперты рекомендовали включать в национальные ограничительные перечни только монопрепараты, так как в процессе лечения врач сам может их комбинировать. Здесь также не обошлось без исключений. Для таких социально значимых инфекционных заболеваний, как ВИЧ и туберкулез, были оставлены комбинированные препараты. Лечение таких больных крайне сложное в силу развивающейся резистентности, справиться с которой может только многокомпонентная химиотерапия.

В итоге над таким социально значимым документом, как перечень ЖНВЛС, трудились специалисты-эксперты из ВОЗ, Минпромторга, ФМБА, Института главных внештатных специалистов Минздравсоцразвития России. Потом прошло публичное обсуждение, и, наконец, с 1 января перечень ЖНВЛС вступил в силу, и на препараты, которые больше всего влияют на ситуацию в здравоохранении в России, цены будут под контролем.

Информационная прозрачность такого процесса и открытость для общественности — гарантия, что на первом плане стоят права граждан на качественную и доступную помощь, а не интересы отдельных компаний».

Методика расчета цен

Методика расчета предельных цен производителей, обновленная версия которой была утверждена Правительством РФ в ноябре 2010 года, разрабатывалась совместно с отечественными и зарубежными производителями, для чего на регулярной основе проводились совместные встречи. Только после того как методика была согласована с фармпроизводителями, началась процедура официальной регистрации методики. Эффективное и взаимовыгодное сотрудничество государства и бизнеса, основанное на прин-

ципе социальной ответственности, — гарантия, что при принятии решения будут защищены интересы как потребителей, так и производителей. Это основа для стабильного развития всего российского фармацевтического рынка.

Отличительная особенность обновленной методики расчета предельных цен — то, что при расчете цен учитываются не только рыночная ситуация, но и ряд других показателей.

Государственные меры по контролю за ценами не должны ущемлять экономические интересы



бизнеса, делая производство препаратов нерентабельным. Поэтому в 2011 году цены отечественных производителей индексированы на уровень инфляции 2010 года, как это предполагалось ранее, а цены зарубежных производителей пересчитаны по курсу ЦБ на 1 ноября 2010 года.

Практика применения государственного регулирования цен доказала, что заложенный принцип регулирования сработал. Фиксируется и снижение цен, и сохранение доступности. Эти данные подтверждаются как статистикой Министерства, так и аналитическими компаниями, которые ведут мониторинг цен на фармацевтическом рынке.

ЦИТАТА:

«Как видите — никто из наших зарубежных партнеров из-за госрегулирования цен не ушел с российского фармрынка. И этому есть простое объяснение — отечественный фармацевтический рынок показывает стабильные показатели роста на протяжении последних лет. И в будущем этот рынок будет расти. Поэтому и государство, и наши отечественные и зарубежные партнеры из фармкомпаний заинтере-

сованы в том, чтобы этот стабильный рост сохранить. Но для этого нужно, чтобы правила игры на рынке были одинаковыми и прозрачными для всех».

Диана Олеговна Михайлова, директор Департамента развития фармацевтического рынка и рынка медицинской техники.

Также введение госрегулирования на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты не привело к резкому удорожанию лекарств в других сегментах фармацевтического рынка, о чем также высказывались эксперты.

ЦИТАТА:

«Аптекаам выгодно работать с дистрибьюторами, представляющими широкий ассортимент, в том числе и дешевые лекарства, так что вымывания дешевых препаратов ждать не стоит».

Сергей Шуляк, гендиректор DSM Group, газета «Коммерсант.Фармацевтика», 7 декабря 2010 года.

Действие закона «Об обращении лекарственных средств»

Двенадцатого апреля Президент подписал закон «Об обращении лекарственных средств». Эта дата стала отправной точкой в новой истории российского фармацевтического рынка — перехода на современные стандарты качества и создания единых и прозрачных правил игры для всех участников фармрынка.

Предыдущий закон «О лекарственных средствах» был принят еще в 1998 году — 12 лет назад. С тех пор экономическая реальность изменилась кардинально, что требовало адекватных решений в сфере регулирования цен, безопасности, процедуры допуска на рынок лекарственных средств.

Основные положения закона «Об обращении лекарственных средств»:

1. Процедура регистрации лекарственных средств четко прописана по этапам и срокам. Максимальный срок регистрации не превышает 210 дней. Для воспроизведенных препаратов — не превышает 60 дней.
2. Взимается единая государственная пошлина при регистрации, доходы от которой поступают в федеральный бюджет, а не какому-либо учреждению.
3. Законодательно вводится государственное регулирование цен на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные средства, которые больше всего влияют на снижение смертности и заболеваемости в России.
4. Процесс регистрации лекарственных средств максимально «прозрачен» — информация о ходе регистрации размещается в Интернете. Это необходимо, чтобы:
 - а) у граждан была информация о появлении в обороте лекарственного препарата;
 - б) заявитель мог проследить выполнение всех процедур, зафиксированных в законе.
5. Доступность лекарственных средств для сельских жителей. Для этого законом разрешается, если в сельском поселении нет аптеки, продажу лекарств в фельдшерско-акушерских пунктах, амбулаториях, центрах общей врачебной практики.
6. Усиливается государственный контроль в сфере обращения лекарственных средств, который позволит противодействовать обороту недоброкачественной и фальсифици-



рованной фармацевтической продукции, запрещать гражданский оборот небезопасных лекарственных препаратов.

Ранее из-за сложной, запутанной и нерегламентированной процедуры регистрации лекарств документы на регистрацию лекарств могли «пылиться» по полтора-три года. Что приводило к тому, что современные и эффективные лекарства попадали на российский рынок с задержкой.

Закон упорядочил процедуру допуска лекарственных препаратов, регламентировал вопросы стандартизации в сфере обращения лекарственных средств. Совершенствуются механизмы вывоза и ввоза лекарственных средств на территорию РФ. Закон делает прозрачной процедуру регистрации лекарственных средств на всех этапах, теперь эта процедура занимает до 210 дней. Иными словами, правила будут одинаковыми для всех — и для отечественных, и для зарубежных производителей, что полезно для развития конкуренции на российском фармрынке.

По оценкам Министерства, по старому закону стоимость одной регистрации для иностранного производителя составляла 1,2–1,3 млн рублей, для отечественного производителя — 400–600 тыс. рублей. Зачастую эти деньги уходили мимо федерального бюджета, оседая на счетах посреднических организаций.

По новому закону суммарно пошлина за регистрацию лекарственного препарата составит 300 тыс. рублей. С принятием единой пошлины в доходы федерального бюджета РФ, исходя из текущих объемов регистраций лекарственных средств, будет поступать порядка 2 млрд рублей.

Новая схема регистрации позволила исключить коррупцию при регистрации лекарств, создав единые условия для всех производителей — отечественных и зарубежных.

Также новый закон обязывает отечественные предприятия перейти на европейские стандарты качества к 2014 году. Из 400 отечественных фармпроизводителей только 30 соответствуют стандарту GMP (Good Manufacturing Practice). Около 80% российского фармацевтического рынка (в денежном выражении) приходится именно на импорт. Чтобы придать новый импульс развитию отечественной фармацевтики закон «Об обращении лекарственных средств» устанавливает срок перехода на европейские стандарты качества GMP к 2014 году. Это по-

высит и качество отечественных препаратов, и безопасность их применения для конечных потребителей.

Для перехода на новые стандарты качества будет разработана специальная федеральная целевая программа (ФЦП) по развитию российской фармпромышленности.

Экспертное сообщество и СМИ активно обсуждали раздел закона, который касается проведения клинических исследований, а именно требования к исследованиям оригинальных препаратов.

В законе предусмотрено три опции при проведении клинических исследований: во-первых, если есть международный договор о взаимном признании клинических исследований, то никаких дополнительных исследований при регистрации не потребуется. Во-вторых, если зарубежный производитель включал Россию в международные многоцентровые клинические исследования, то проведение дополнительных исследований также не потребуется. В-третьих, если производитель не проводил исследования в России, то для регистрации потребуется проведение клинических исследований только II и III фазы, которые могут быть объединены по желанию производителя.

Для решения этических вопросов, которые могут возникнуть при принятии решения о выдаче разрешения на клинические исследования в тех или иных группах пациентов, при Министерстве был создан совет по этике. В совет вошли представители медицинского сообщества, общественных организаций, РПЦ и СМИ. Такой подход к формированию совета по этике соответствует рекомендациям Всемирной организации здравоохранения.

ЦИТАТА:

«С 1 сентября, т. е. со времени вступления в силу закона “Об обращении лекарственных средств”, в России начинается перевод всех производителей лекарств на мировые стандарты качества. Эта революционная процедура должна завершиться к 1 января 2014 года».

*Газета «Коммерсант.Фармацевтика»,
17 мая 2010 г.*



Обновление минимального перечня лекарственных средств для аптечных организаций

Новый перечень разработали с учетом пожеланий фармацевтических предприятий и профильных ассоциаций, а также региональных органов управления здравоохранением.

Необходимость обновления перечня состоит в том, что минимальный ассортимент пересматривается раз в пять лет, а предыдущий был определен в 2005 году.

В обновленный перечень вошли 60 наименований лекарственных средств.

Среди 60 лекарственных средств 50 наименований относятся к жизненно важным лекарственным средствам, в том числе 45 препаратов входят в льготный перечень. Препараты, занесенные в список, используются в амбулаторной практике, это также противовирусные и антигистаминные лекарства.

Не включены препараты, у которых закончилась регистрация, которые не производятся или не поставляются в Россию. Также в перечень не вошли сильнодействующие наркотические и психотропные лекарственные средства.

В перечень включены эффективные и безопасные лекарственные средства, которые могут самостоятельно применяться всеми возрастными группами пациентов в амбулаторных и домашних условиях без необходимости регулярных консультаций и наблюдения со стороны врача (фельдшера) для предотвращения и облегчения симптомов заболевания, а также лечения легких, неосложненных форм заболеваний, не требующих сложных методов диагностики и лечения.

Проект перечня до утверждения был опубликован на сайте Минздравсоцразвития России для общественного обсуждения. В итоге поступило более 300 предложений от граждан, представителей фармпроизводителей, клинических фармакологов, руководителей медицинских учреждений, общественных организаций и руководителей региональных органов управления здравоохранением.

Новые правила ввоза лекарств для применения по медицинским показаниям

Тема орфанных препаратов вызывает большой общественный резонанс, поскольку касается самых незащищенных людей — больных редкими заболеваниями, которым для выздоровления требуется дорогостоящая терапия.

Мировая практика показывает, что проблему их обеспечения можно решить только сообща — государством, бизнесом и, конечно же, усилиями общественных организаций.

С 2008 года осуществляется программа по финансовому обеспечению лекарствами больных, которые страдают злокачественными новообразованиями, гемофилией, муковисцидозом и рядом других заболеваний. В 2008 году, когда программа только начала реализовываться, в федеральном регистре больных этими заболеваниями было чуть больше 20 тыс., к 2010 году в регистр вошло больше 77 тыс. граждан. Лекарственное обеспечение больных редкими заболеваниями, которые требуют дорогостоящего лечения, по государственной программе по

сравнению с 2009 годом составило 50%. На 2011–2012 годы предусмотрено финансирование из федерального бюджета на закупку дорогостоящих лекарств.

Одно из важнейших решений, которые позволят значительно упростить ввоз на территорию России лекарств для лечения редких заболеваний, — это жесткое регламентирование процедуры выдачи разрешения на ввоз незарегистрированных лекарственных препаратов для медицинского применения.

Максимальный срок рассмотрения заявки на ввоз ограничен пятью рабочими днями. Разрешение на ввоз выдается в форме электронного документа, заверенного электронной цифровой подписью. Иными словами, больному из региона не нужно будет приезжать в Москву, чтобы подать заявку, выстаивать в очереди и ожидать выдачи разрешения.

Минздравсоцразвития России был разработан порядок получения сертификатов электронной цифровой подписи для оформления



ввоза незарегистрированных лекарственных препаратов. И 29 октября открыт доступ для получения сертификатов электронной цифровой подписи. Первой организацией, получив-

шей сертификат, была Российская детская клиническая больница (5 врачей). Для двух пациентов уже выданы разрешения на ввоз незарегистрированных препаратов.

Лекарственное обеспечение: выполнение государственных обязательств по обеспечению лекарственными препаратами

Приоритет государственной лекарственной политики — выполнение обязательств по лекарственному обеспечению в рамках набора социальных услуг и централизованной закупки лекарственных препаратов, которые предназначены 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.

В 2010 году удалось обеспечить реальный рост объемов государственной поддержки наименее защищенных категорий граждан, прежде всего инвалидов и лиц пожилого возраста.

В связи с ростом численности получателей набора социальных услуг из федерального бюджета в регионы были дополнительно направлены 1,695 млрд рублей — в результате общий объем субвенций увеличился до 28,345 млрд рублей.

В 2010 году по отношению к 2009 году на 13,4% вырос консолидированный норматив финансовых затрат на обеспечение необходимыми лекарственными средствами этих категорий граждан. На одного получателя он составил 757 рублям в месяц, в 2009 году этот показатель равнялся 668 рублей. Это целиком компенсирует то удорожание по лекарственным препаратам, которое произошло в конце 2009 года, и превышает среднюю стоимость рецепта в среднем по России — 723 рубля.

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ, ПРОИЗВОДСТВО КОТОРЫХ ПРИОРИТЕТНО В РОССИИ



Министерство здравоохранения и социального развития РФ выполняет функции государственного заказчика в части государственных капитальных вложений для создания научно-исследовательских и образовательных

центров с опытным производством для разработки инновационных лекарственных препаратов на базе подведомственных высших учебных заведений.



В настоящий момент в части капитальных вложений в 2011–2013 годах со сроками окончания до 2016 года целевой программой предусмотрены следующие инвестиционные проекты:

- реконструкция и техническое перевооружение государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Санкт-Петербургская государственная химико-фармацевтическая академия» Минздравсоцразвития России, г. Санкт-Петербург;
- реконструкция и техническое перевооружение Федерального государственного бюджетного учреждения «Научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии имени почетного академика Н.Ф. Гамалеи» Минздравсоцразвития России, г. Москва;
- реконструкция и техническое перевооружение Государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Волгоградский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», г. Волгоград.

Также в рамках деятельности рабочей группы «Медицинская техника и фармацевтика» Комиссии при Президенте РФ по модернизации и технологическому развитию экономики России Минздравсоцразвития России совместно с Минпромторгом России разработало критерии оценки инновационных проектов по направлениям «Фармацевтика» и «Медицинская техника».

На основе разработанных критериев осуществлен анализ более 200 представленных в рабочую группу инновационных проектов. Из них одобрены 11 наиболее перспективных для реализации проектов, дополнительную экспертизу проходят 17 проектов.

Комиссией были утверждены следующие проекты:

- Организация производства новых радиофармпрепаратов и медицинских изделий и формирование сети услуг по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи (ФГУП Завод «Медрадиопрепарат» ФМБА России) организация производства генераторов для радионуклидной диагностики (планируется совместно с созданием производства молибдена-99, осуществляемого госкорпорацией «Росатом»); организация

производства новых фармпрепаратов для радионуклидной диагностики и терапии на производственных площадях ФГУП Завод «Медрадиопрепарат» (22 препарата).

- Разработка, проектирование и строительство высокотехнологичного научно-производственного комплекса «БЕТА» по производству медицинской техники (проект ID124 «Плазмаферез») (ЗАО «Холдинговая компания «Трепкор Технолоджи»). Инновация проекта — создание отечественного высокотехнологичного производства медицинской техники для каскадной фильтрации плазмы крови и смежных технологий терапии широкого спектра заболеваний посредством очистки крови от вредных веществ и вирусов.
- Разработка технологий и создание опытных образцов искусственных тактильных механорецепторов для кардио- и ангиохирургии, реаниматологии, экстремальной и космической биологии и медицины (ФГУП Государственное учебно-научное учреждение Институт математических исследований сложных систем Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова). Инновационность проекта заключается в разработке роботизированных систем оказания медицинской помощи, а также автоматизированных систем для кардио- и ангиохирургии на базе последних достижений фундаментальной науки.
- Создание биотехнологического производства рекомбинантных белковых факторов и композитных покрытий, необходимых для регенерации костной ткани и раневых поверхностей (НИИЭМ им. Н.Ф. Гамалеи РАМН). Один из инновационных аспектов данного проекта заключается в разработке подхода для получения деминерализованного костного матрикса, пригодного для самостоятельного использования в качестве костного трансплантата.
- Разработка, внедрение и создание нового аппаратно-программного комплекса на основе метода компьютерной морфоденситометрии для объективизации воздействия нанообъектов на живые системы (ООО «ВЕСТТРЭЙД ЛТД»). Инновационность разработки и социальная значимость аппаратно-программного комплекса (АПК) цифровой обработки изображений определяется целевой функцией продукта — новой ин-



формационной технологией метода компьютерной морфоденситометрии (КМДМ), обеспечивающей возможность визуализации

морфофункционального состояния клеток тканей и органов как в норме, так и на начальных этапах патологических процессов.

Планы на 2011 год

На 2011 год проектом федерального закона «О федеральном бюджете на 2011 год и на плановый период 2012–2013 годы» предусмотрено на оплату лекарственных препаратов, предоставляемых в виде набора социальных услуг, 32,72 млрд рублей и 13,6 млрд рублей межбюджетных трансфертов, или 952 рубля в месяц на одного получателя. Иными словами, прирост в расчете на одного человека составит 26%.

В период с 2010 по 2012 год планируется осуществить следующие мероприятия по совершенствованию обеспечения граждан необходимыми лекарственными препаратами в виде набора социальных услуг:

1. При проведении закупок лекарственных средств за счет средств бюджетов всех уровней отдавать предпочтение лекарственным препаратам отечественного производства соответствующего качества.

2. Совершенствовать информационное взаимодействие субъектов Российской Федерации в ОНЛС с возможностью управления системы государственных закупок на основании типовой информационной системы льготного лекарственного обеспечения.

3. Продолжать осуществлять контроль исполнения переданных полномочий органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

4. Совершенствовать нормативные правовые акты Российской Федерации в части порядка хранения, рационального назначения, выписывания рецептов и отпуска лекарственных препаратов.



Разработанные и принятые нормативно-правовые акты

В целях осуществления полномочий по организации обеспечения граждан лекарственными препаратами проведена работа по расчету прогноза расходов средств федерального бюджета на лекарственное обеспечение (с учетом изменения численности граждан-получателей) на период до 2013 года.

Также проведена работа по подготовке нормативных правовых актов, регулирующих отчетность расходования субъектами Российской Федерации и г. Байконуром субвенций и межбюджетных трансфертов в соответствии с постановлениями Правительства РФ от 30.12.2009 № 1124 и от 30.12.2009 № 1150:

«О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 14.10.2009 № 828н «Об утверждении форм отчетов об использовании субвенций, предоставленных из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации и бюджету г. Байконура на финансовое обеспечение оказания отдельным категориям граждан социальной услуги по дополнительной бесплатной медицинской помощи в части обеспечения необходимыми лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов»»;

«О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 14.10.2009 № 827н «Об утверждении форм отчетов о расходах, источником финансового обеспечения которых являются иные межбюджетные трансферты, предоставленные из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации и бюджету г. Байконура на реализацию отдельных полномочий в области лекарственного обеспечения»».

На основании пунктов 4, 6 постановления Правительства РФ от 02.12.2009 № 984 «О перечне платных услуг, оказываемых организациями в целях предоставления федеральными органами исполнительной власти государственных услуг» утверждена методика расчета платы за экспертизу качества, эффективности, безопасности изделий медицинского назначения в целях государственной регистрации изделий медицинского назначения, утвержденная приказом Минздравсоцразвития России от 12.05.2010 № 349н «Об утверждении Методики расчета платы за экспертизу качества, эффективности, безопасности изделий медицинского назначения в целях государственной регистрации изделий медицинского назначения и размера платы за экспертизу качества, эффективности, безопасности изделий медицинского назначения в целях государственной регистрации изделий медицинского назначения» (зарегистрирован в Минюсте России от 26.08.2010 № 18250).

В соответствии с Федеральным законом 27.07.2010 № 210-ФЗ «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг» в целях реализации постановления Правительства РФ от 30.06.2004 № 323 «Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения и социального развития» разработаны и направлены (письмом от 29.09.2010 № 17-1/10/2-8682) в Минэкономразвития России следующие проекты приказов Минздравсоцразвития России:

- «Об утверждении Административного регламента Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по предоставлению государственной услуги по лицензированию деятельности по производству медицинской техники, а также предоставлению гражданам и организациям доступа к информации о производителях медицинской техники, имеющих соответствующие лицензии»;
- «Об утверждении Административного регламента Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по предоставлению государственной ус-



луги по лицензированию технического обслуживания медицинской техники (за исключением случая, если указанная деятельность осуществляется для обеспечения собственных нужд юридического лица или индивидуального предпринимателя), а также предоставлению гражданам и организациям доступа к информации об организациях, имеющих лицензии на право технического обслуживания медицинской техники»;

■ «Об утверждении Административного регламента по исполнению государственной функции по осуществлению в установленном порядке проверки деятельности организаций, осуществляющих производство, оборот и использование изделий медицинского назначения»;

■ «Об утверждении Административного регламента Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по предоставлению государственной услуги по регистрации изделий медицинского назначения, а также предоставления гражданам и организациям доступа к информации об изделиях медицинского назначения, прошедших регистрацию».

В целях реализации статьи 22 Федерального закона от 26.06.2008 № 102-ФЗ «Об обеспечении единства измерений» и постановления Правительства РФ от 02.11.2009 № 884 «Об утверждении Положения о Государственной службе стандартных образцов состава и свойств веществ и материалов» приказом Минздравсоцразвития России от 16.08.2010 № 669 «О внесении изменения в Положение о Департаменте развития фармацевтического рынка и рынка медицинской техники Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, утвержденное приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27 января 2009 года № 23» внесены соответствующие изменения и дополнения в Положение о Департаменте.

В результате участия и работы в заседаниях Рабочей группы Совета по здравоохранению при Интеграционном комитете ЕврАзЭС «Сотрудничество в области обеспечения населения государств — членов ЕврАзЭС лекарственными препаратами, медицинским оборудованием и изделиями медицинского назначения» приняты:

■ Соглашение о сотрудничестве государств — членов ЕврАзЭС в сфере обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники;

■ Положение об основных принципах государственной регистрации (перерегистрации) изделий медицинского назначения и медицинской техники в государствах — членах Евразийского экономического сообщества.

В соответствии с Программой разработки технических регламентов, утвержденной распоряжением Правительства РФ от 06.11.2004 № 1421-р, Департамент является ответственным за согласование проекта акта об одобрении международного соглашения «Технический регламент “О безопасности изделий медицинского назначения” (пункт 29 таблицы № 5 «Технические регламенты, обеспечивающие формирование Единого экономического пространства Республики Беларусь, Республики Казахстан и Российской Федерации, принимаемые международными соглашениями»).

Департаментом подготовлен проект федерального закона «О нормативе финансовых затрат в месяц на одного гражданина, получающего государственную социальную помощь в виде социальной услуги по обеспечению в соответствии со стандартами медицинской помощи по рецептам врача (фельдшера) лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов на 2011 год», который предусматривает сумму указанного норматива в размере 570 рублей. Указанный законопроект внесен в Государственную Думу Федерального Собрания РФ.



Во исполнение Федерального закона от 12.0.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» в целях обеспечения гарантий и доступности качественной медицинской помощи гражданам Российской Федерации разработан минимальный ассортимент лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи, который утвержден приказом Минздравсоцразвития России от 15.09.2010 № 805н «Об утверждении минимального ассортимента лекарственных препаратов для медицинского применения, необходимых для оказания медицинской помощи» (зарегистрирован в Минюсте России от 04.10.2010 № 18612).

Во исполнение положений Федерального закона от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» Минздравсоцразвития России разработан перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (далее — Перечень ЖНВЛП) на 2011 год, утвержденный решением Правительства от 11.11.2010 №1938.

Проект Перечня ЖНВЛП на 2011 год разработан на основе Перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, утвержденного распоряжением Правительства РФ от 30.12.2009 № 2135-р, в соответствии с порядком, установленным приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 27.05.2009 № 276н «О порядке формирования проекта перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств».

ВОПРОС

Как в регулировании цен учитывается рост издержек на производство лекарственных средств?

ОТВЕТ

По новой методике расчета предельных цен производители отечественные фармпроизводители смогут повышать цену в случае роста цен на сырье, материалы, роста накладных расходов или в соответствии с прогнозируемым уровнем инфляции. Но повышать цены можно не чаще одного раза в год.

ВОПРОС

Зачем проводить на территории РФ клинические исследования?

ОТВЕТ

Это норма закона «Об обращении лекарственных средств» полностью соответствует европейской практике, в частности правилам Европейской комиссии, которая регулирует обращение лекарственных препаратов в ЕС.

В законе предусмотрено три опции при проведении клинических исследований: во-первых, если есть международный договор о взаимном признании клинических исследований, то никаких дополнительных исследований при регистрации не потребуются. Во-вторых, если зарубежный производитель включал Россию в международные многоцентровые клинические исследования, то проведения дополнительных исследований также не потребуются. В-третьих, если производитель не проводил исследования в России, то для регистрации потребуются проведение клинических исследований только II и III фазы, которые могут быть объединены по желанию производителя.

ВОПРОС

Каковы итоги введения госрегулирования цен?

ОТВЕТ

Благодаря госрегулированию цены на основные лекарства не только перестали расти, но и начали снижаться. К октябрю 2010 года снижение цен в среднем по России в амбулаторном сегменте фармацевтического рынка составило 2,74%, в госпитальном сегменте — 2,43%.



ВОПРОС | *Что делать, если в аптеке завышенные цены?*

ОТВЕТ | Каждый покупатель, обратившийся в аптеку, может сравнить цену в данной аптеке с предельной ценой, которая установлена для данного региона. Прошу только обратить внимание, что там нет НДС, который составляет 10%. Но некоторые аптеки размещают цены и с учетом НДС. Если цена превышает предельно допустимую, вы имеете полное право обратиться в региональное управление Росздравнадзора или в региональное министерство здравоохранения, которые также имеют право осуществлять контрольные мероприятия по соблюдению лицензионных требований и условий фармацевтической деятельности. Если факт нарушения подтвердится, то на аптеку будет наложен штраф.

РЕАЛИЗАЦИЯ ПРИОРИТЕТНОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЬЕ»

На реализацию приоритетного национального проекта «Здоровье» в 2010 году выделено 144,1 млрд рублей (с учетом средств внебюджетных фондов), кассовое исполнение расходов федерального бюджета на 1 октября с.г. составило 64,9% (93,5 млрд рублей).

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПРИОРИТЕТНОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЬЕ» В 2010 ГОДУ

В 2010 ГОДУ ПРЕДУСМОТРЕНО НА РЕАЛИЗАЦИЮ ПРИОРИТЕТНОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЬЕ» 144,1 МЛРД РУБЛЕЙ

- Формирование здорового образа жизни
- Развитие первичной медико-санитарной помощи и совершенствование профилактики заболеваний
- Повышение доступности и качества специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи
- Совершенствование медицинской помощи матерям и детям
- Информационная поддержка и управление проектом

Диспансеризация населения

В рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» с 2006 года на территории Российской Федерации проводится дополнительная диспансеризация работающих граждан.

Всего с 2006 по 2009 годы осмотрено 17 700 903 работающих гражданина.

По результатам диспансеризации с 2006 по 2009 год в Российской Федерации выявлено 9 310 788 случаев заболеваний у граждан, ранее считавших себя здоровыми, из которых 1577 случаев приходится на туберкулез, 13 325 случаев составили злокачественные новообразования, 78 824 — сахарный диабет, 803 132 — болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением, и 242 988 — ишемическая болезнь сердца. На поздних стадиях вы-

явлено всего 134 557 заболеваний (2006 год — 61 750, 2007 год — 39 925, 2008 год — 23 025, 2009 год — 9857), из них 897 случаев злокачественных новообразований (2006 год — 421, 2007 год — 264, 2008 год — 151, 2009 год — 61) и 25 случаев туберкулеза.

По итогам дополнительной диспансеризации и оценки состояния здоровья было взято под диспансерное наблюдение соответствующими врачами-специалистами в амбулаторно-поликлинической сети 3 003 341 осмотренный гражданин, 152 770 человек направлены на лечение в условиях стационара (из них получили лечение — 114 858 человек), для получения высокотехнологичной медицинской помощи направлено 3833 человека, из них получили



ВМП — 2164 человека, нуждалось в санаторно-курортном лечении 1 634 004 человека, всем им проведены профилактические и лечебно-реабилитационные мероприятия.

За 2010 год было осмотрено 3 960 515 работающих граждан, что составило 103,2% от числа подлежащих осмотру в 2010 году.

Реализация данных мер помогает решить вопрос снижения уровня хронической заболеваемости, предотвратить рост первичного выхода на инвалидность, вследствие чего снизить смертность от предотвратимых причин.

В рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» с 2007 года на территории Российской Федерации проводится диспансеризация детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, пребывающих в стационарных учреждениях системы здравоохранения, образования и социальной защиты.

Всего, начиная с 2007 по 2009 годы осмотрено 798 558 детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации. Для этого из бюджета Федерального фонда ОМС в бюджеты ТФОМС направлены средства в сумме 1 519 421,1 тыс. рублей, в том числе в 2009 году — 823 626,2 тыс. рублей.

По итогам диспансеризации выявлены дети, которые нуждались в лечебно-оздоровительных мероприятиях в условиях амбулаторно-поликлинической сети, стационара, в том числе в высокотехнологичной медицинской помощи и санаторно-курортном лечении. Всем им проведены профилактические, лечебно-реабилитационные мероприятия.

Это помогает решить вопросы дальнейшей судьбы детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, обеспечить социальную адаптацию детей в обществе, способствует обретению детьми семьи (опека, попечительство, усыновление, приемная семья и т.д.). Так, по данным Министерства образования и науки РФ в 2007–2008 годах более трети данной категории детей переданы на семейные формы устройства.

В 2010 году продолжалась диспансеризация детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, пребывающих в стационарных учреждениях системы здравоохранения, образования и социальной защиты.

ВОПРОС | *Как пройти диспансеризацию?*

ОТВЕТ

Обратитесь к руководству вашей организации. Любая организация может заключить с региональным департаментом здравоохранения договор о проведении бесплатной диспансеризации.

Начиная с 2013 года планируется включение дополнительной диспансеризации работающих граждан и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в объем программы обязательного медицинского страхования в рамках оказания профилактической помощи населению Российской Федерации. Одновременно

обязательное требование о проведении мероприятий диспансеризации будет включено в состав программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.



Совершенствование организации медицинской помощи по направлениям: сердечно-сосудистые заболевания, онкологические заболевания, дорожная травма

Программы по совершенствованию организации медицинской помощи по трем направлениям, вносящим наибольший вклад в смертность трудоспособного населения, были начаты в 2008 году.

В реализации программы по **совершенствованию организации медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями** участвуют 38 субъектов Российской Федерации (в том числе 14 регионов — с 2010 года) с общей численностью населения 69,3 млн человек. В 2010 году этим регионам на закупку дорогостоящего оборудования предусмотрено

выделение **3,13 млрд рублей**. В июне Минздравсоцразвития были проведены комплексные выездные проверки субъектов, участвующих в реализации мероприятий с 2010 года, на предмет выполнения условий заключенных соглашений. На 1 октября 2010 года перечислены субсидии федерального бюджета в объеме 2 897 774,9 тыс. рублей бюджетам всех субъектов Российской Федерации, кроме Кемеровской области, в которой до настоящего момента не выполнены условия соглашения в части подготовки помещений для монтажа оборудования.

МОНИТОРИНГ ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ РЕГИОНАЛЬНЫХ СОСУДИСТЫХ ЦЕНТРОВ И ПЕРВИЧНЫХ СОСУДИСТЫХ ОТДЕЛЕНИЙ В 24 СУБЪЕКТАХ РФ, УЧАСТВУЮЩИХ В РЕАЛИЗАЦИИ МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, 2008–2009 годы

Показатель	Значение показателя за 2009 год (человек)	Значение показателя за 2010 год (человек)	Изменение показателя
Число госпитализированных больных с инфарктом миокарда	61 788	69 061	+11,7%
Число больных инфарктом миокарда, получивших тромболитическую терапию	3803	5860	+54,0%
Число больных инфарктом миокарда, получивших рентгеноэндоваскулярное обследование и лечение	26 208	37 165	+41,8%
Число госпитализированных больных с церебральным инсультом	135 648	153 654	+13,2%
Число больных с ишемическим инсультом, получивших тромболитическую терапию	757	1240	+63,8%
Число больных с ишемическим инсультом, получивших рентгеноэндоваскулярное обследование и лечение	3292	5676	+72,4%
Число больных с церебральным инсультом, независимых в повседневной жизни после проведенного лечения	25 149	40 705	+61,8%

В 2010 году в реализацию мероприятий по организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях включены 22 субъекта Российской Федерации, по территории которых проходят федеральные автомобильные дороги М-5 «Урал», М-9 «Кавказ» и М-60 «Усури». Общий объем финансирования мероприятий в 2010 году — **3,38 млрд рублей**. Заключен государственный контракт с ООО «СОЛЛЕРС-ЕЛАБУГА» на поставку 173 реани-

мобилей в рамках реализации мероприятий, направленных на совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим при ДТП в 2010 году. В настоящее время в регионы осуществляется поставка закупленных реанимобилей. В июне 2010 года проведены комплексные выездные проверки субъектов, участвующих в реализации мероприятий с 2010 года, на предмет выполнения условий заключенных соглашений. По итогам проверок бюджетам всех субъектов Российской



Федерации в августе 2010 года перечислены субсидии федерального бюджета в объеме 3 166 655,0 тыс. рублей. Во всех участвующих

регионах завершены конкурсные процедуры на поставку медицинского оборудования.

СВЕДЕНИЯ О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, УЧАСТВУЮЩИХ В РЕАЛИЗАЦИИ МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ ПРИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ, 2009–2010 годы

Показатель	Значение показателя за 2009 год (человек)	Значение показателя за 2010 год (человек)	Изменение показателя
Число погибших в результате ДТП, всего	11 435	10 699	-6,43%
Число погибших на месте ДТП	7700	7583	-1,51%
Число пострадавших с сочетанной травмой, доставленных в травмоцентры	24 153	28 275	+17,06%
Число выездов на дорожно-транспортные происшествия, выполненных бригадами скорой медицинской помощи	99 266	106 124	+9,93%
Число пострадавших, которым оказана медицинская помощь бригадами скорой помощи	101 379	104 822	+3,39%
Число оперативных вмешательств, выполненных пострадавшими	14 544	18 663	+28,32%

Опыт ряда регионов России, показал, что при комплексном решении проблемы возможно добиться положительных результатов в виде снижения смертности за короткий промежуток времени. Особенно существенное снижение отмечается в регионах, по территориям которых проходит федеральная автомобильная дорога М-7 «Волга». Во Владимирской области отмечается снижение числа погибших на 19,8%, в Нижегородской области — на 18,5%, в Удмуртской Республике — на 8,9%. В регионах, по которым проходит автомобильная дорога М-3 «Украина», в 2010 году смертность от ДТП снизилась: в Калужской области — на 5,1%, в Брянской области — на 1,2%. В регионах, по которым проходит федеральная автомобильная дорога М-4 «Дон», также отмечалось существенное снижение числа погибших от ДТП: в Ростовской — на 8,2%, в Тульской области — на 6,4%. В регионах по которым проходит автомобильная дорога М-10 «Скандинавия», в 2010 году смертность от ДТП снизилась: в Тверской области — на 9,7%, в Ленинградской области — на 6,2%.

С 1 июля 2010 года в России вступили в силу новые требования к автомобильным аптечкам: в них больше нет лекарств, только перевязочные материалы, жгуты, кровоостанавливающие салфетки и ножницы. Автомобильные аптечки используются гражданами, не имею-

щими медицинского образования, и предназначены для оказания первой помощи пострадавшим в ДТП. Это и определило основные отличия нового разработанного состава от старого: существенное увеличение в составе аптечки перевязочных средств и отсутствие в аптечке лекарств.

Увеличение числа перевязочных средств связано с тем, что при ДТП главным фактором, приводящим к смерти или тяжелому состоянию пострадавшего, является кровотечение. Входящие в состав старой аптечки 3 бинта не позволяли оказать помощь даже одному пострадавшему, имеющему несколько ран.

Исключение медикаментов из состава аптечки обусловлено следующим:

- нахождение лекарственных препаратов в автомобиле, где температура может колебаться в пределах от -40 до +55 градусов по Цельсию, является грубым нарушением условий хранения медикаментов и может привести к тому, что препарат будет испорчен и станет опасным при его применении;
- возрастает срок годности аптечек;
- идеология комплектации аптечек аналогична опыту развитых зарубежных стран, которые имеют большой опыт оказания помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях, в том числе водителями транспортных средств.



На 18,3% увеличилось число пациентов, прошедших через первичные онкологические кабинеты (отделения) в 11 регионах, участвующих в мероприятии **по совершенствованию организации онкологической помощи** населению с 2009 года. Показатель запущенности (IV стадии) сократился на 1,3% (с 22,7% в III квартале 2009 года до 21,4% в 2010 году).

В 2010 году в реализацию программы включены 10 регионов (оснащение медицинским оборудованием 1 окружного и 9 региональных онкологических диспансеров — 5,8 млрд рублей). В июне текущего года во все субъекты осуществлены выездные проверки на предмет оценки выполнения условий заключенных соглашений, по результатам которых все субъекты признаны выполнившими условия соглашений. В соответствии с сетевым графиком в июле 2010 года всем субъектам перечислены субсидии федерального бюджета, на которые закуплено медицинское оборудование для онкологических диспансеров. В настоящее время осуществляется поставка и монтаж оборудования.

В 2011 году планируется включить в программу еще 14 регионов и 2 федеральных учреждения (6 916,3 млн рублей).

ЦИТАТА:

«Доступность современной медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями на всех этапах возможна только при четком соблюдении единого лечебно-диагностического процесса. Именно поэтому Министерством совместно с главными специалистами при участии медицинских сообществ разработаны и утверждены порядки оказания медицинской помощи по профилю онкология для детского и взрослого населения, новые стандарты медицинской помощи больным со злокачественными заболеваниями, учитывающие все необходимые современные технологии диагностики и лечения, для использования в работе изданы методические рекомендации».

Татьяна Голикова, министр здравоохранения и социального развития России, 13 декабря

МЕРОПРИЯТИЯ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

Прирост числа пациентов, прошедших через первичные онкологические кабинеты (отделения) в 11 субъектах, на **20,2%** в сравнении с аналогичным периодом предыдущего года

Наиболее эффективная работа первичных онкологических кабинетов (отделений) отмечается в следующих субъектах: Хабаровский край — **86,3%** случаев подтверждения диагноза ЗНО, Оренбургская область — **74,4%**, Кировская область — **52,0%**, Волгоградская область — **48,2%**

СТРУКТУРА ВЫЯВЛЕННЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ



ПОКАЗАТЕЛИ СТАДИЙНОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ В СУБЪЕКТАХ — участниках с 2009 года



Увеличение доли злокачественных новообразований с неопределенной стадией связано с увеличением выявляемости опухолей центральной нервной системы и крови и кроветворных органов.



За 2009-й и 2010-й учебные годы было направлено в интернатуру и ординатуру 472 специалиста, что позволит снизить дефицит врачей-онкологов почти на 10%. Кроме того, в 2010 году прошли повышение квали-

фикации 4396 врача-онколога, в том числе 344 специалиста, работающих в учреждениях здравоохранения, расположенных в сельской местности.

Планы на 2011–2013 годы

Разработаны новые направления приоритетного национального проекта «Здоровье» на 2011–2013 годы, в том числе:

- реализация комплекса мер по выхаживанию новорожденных с низкой и экстремально низкой массой тела для снижения перинатальной и младенческой заболеваемости и смертности, в том числе на 30% среди новорожденных, родившихся с экстремально низкой массой тела, что позволит сохранить жизни более 1000 детей в год;
- повышение квалификации акушеров, гинекологов и неонатологов, педиатров с помощью обучающих симуляционных центров во всех федеральных округах. Всего планируется создать 6 обучающих центров (повышение квалификации врачей акушеров-гинекологов, неонатологов и педиатров: подготовка в 2011 году 180 врачей акушеров-гинекологов, неонатологов, анестезиологов-реаниматологов, в 2012 году — 480–500 врачей, в 2013 году — 700–800 врачей, что позволит улучшить на 15–18% показатели деятельности родовспомогательных и педиатрических медицинских организаций);
- реализация мероприятий по профилактике и снижению числа абортотворений. Создание центров поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации,

- для оказания медицинской и социально-психологической помощи женщинам в случаях незапланированной беременности, направленное на обеспечение позитивной альтернативы абортотворению, что позволит обеспечить профилактику и снижение числа абортотворений; сохранить репродуктивное здоровье женщин и опосредованно увеличить число родившихся детей на 5–10 тыс. ежегодно;
- расширение объемов лечения бесплодия с применением репродуктивных технологий для обеспечения лечения бесплодия свыше 9000 супружеских пар и рождения более 3000 детей ежегодно;
- проведение диспансеризации детей подросткового возраста (14-летних) с целью охраны репродуктивного здоровья для раннего выявления функциональных расстройств и своевременного лечения нарушений репродуктивного здоровья подростков, профилактика бесплодия, что позволит обеспечить снижение демографических потерь общества и государства;
- совершенствование национального календаря профилактических прививок за счет включения в него прививок против гемofilьной инфекции.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПРИОРИТЕТНОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА «ЗДОРОВЬЕ» ДО 2013 ГОДА. Объем финансирования, млрд рублей

	2011	2012	2013
Формирование здорового образа жизни	0,8	1,0	1,0
Развитие первичной медико-санитарной помощи и совершенствование профилактики заболеваний	71,2	71,9	76,78
Повышение доступности и качества специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи	58,5	62	49,3
Совершенствование медицинской помощи матерям и детям	26,6	32,2	31,8
Информационная поддержка и управление проектом	0,2	0,2	0,2
Итого	157,3	167,3	159,08



ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА

Мы сохранили в 2010 году те позитивные тенденции, которые сложились в предыдущие годы. Продолжалась тенденция к снижению младенческой смертности и росту рождаемости. Младенческая смертность за январь–сентябрь 2010 года составила 7,6 на 1000 родившихся (2009 год — 8,0), что на 5% ниже, чем за аналогичный период 2009 года. За 9 месяцев 2010 года родилось на 16,6 тыс. детей больше, чем за тот же период 2009 года.

Для повышения качества оказания медицинской помощи матери и ребенку Министерство разрабатывает единые стандарты и порядки оказания помощи, которые регламентируют действия врачей в ситуациях различных заболеваний и организацию медицинской помощи. Для охраны здоровья женщин и детей готовится около 200 стандартов. В настоящее время утверждены: Порядок оказания акушерско-гинекологической помощи, Порядок оказания медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями, Порядок оказания неонатологической медицинской помощи, Порядок оказания медицинской помощи детям при уроandroлогических заболеваниях, Порядок оказания медицинской помощи детям при заболеваниях эндокринной системы; еще 5 порядков находятся в стадии подготовки.

В 2010 году в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» продолжалась реализация программы «Родовый сертификат», неонатальный и аудиологический скрининг, пренатальная (дородовая) диагностика нарушений развития ребенка, строительство перинатальных центров, диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

Велись разработка и тиражирование высокоэффективных современных технологий диагностики и лечения в акушерстве и гинекологии; профилактика бесплодия, ранняя диагностика и лечение патологий репродуктивной сферы у подростков; подготовка и переподготовка кадров с учетом новых технологий в акушерстве и гинекологии; формирование у подрастающего поколения навыков здорового образа жизни.

КАЛЕНДАРЬ КЛЮЧЕВЫХ СОБЫТИЙ

18–21 ЯНВАРЯ — IV Международный конгресс по репродуктивной медицине.

15–18 ФЕВРАЛЯ — XIV Конгресс педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии».

АПРЕЛЬ — введен в эксплуатацию Областной клинический перинатальный центр в Тверской области.

3–6 ИЮНЯ — VI Всероссийский съезд медицинских генетиков (г. Ростов-на-Дону).

ИЮЛЬ — введен в эксплуатацию федеральный перинатальный центр ФГУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова» в Санкт-Петербурге.

28 СЕНТЯБРЯ — 2 ОКТЯБРЯ — XI Всероссийский форум «Мать и дитя».

НОЯБРЬ — ввод в эксплуатацию Областного перинатального центра в г. Ростов-на-Дону.

23–26 НОЯБРЯ — III Всероссийский конгресс «Современные подходы к снижению материнской и младенческой смертности».

ДЕКАБРЬ — введен в эксплуатацию Областной перинатальный центр в г. Томск.

ДЕКАБРЬ — введен в эксплуатацию ГЛПУ «Кировский областной перинатальный центр».

СПЕЦИАЛИСТЫ ДЕПАРТАМЕНТА ПРИНИМАЛИ УЧАСТИЕ, В ТОМ ЧИСЛЕ С ДОКЛАДАМИ, В МЕЖДУНАРОДНЫХ КОНФЕРЕНЦИЯХ, СОВЕЩАНИЯХ, ВЫСТАВКАХ:

- в 54-й сессии Комиссии Организации Объединенных Наций по положению женщин (1–12 марта 2010 года, США, Нью-Йорк);
- в 46-й сессии Комитета по ликвидации дискриминации в отношении женщин Организации Объединенных Наций (13–15 июля 2010 года, США, Нью-Йорк);
- в совещании национальных координаторов по вопросам охраны здоровья семей и сообществ «К достижению Целей развития тысячелетия, относящихся к улучшению здоровья матери и ребенка и гендерного равенства в Европейском регионе» (28 сентября — 1 октября 2010 года, Албания, г. Дуррес);
- в Европейском региональном совещании национальных координаторов «Актуальные задачи по улучшению сексуального здоровья в Европе» (21–22 октября 2010 года, Испа-



ния, г. Мадрид), в выставке здравоохранения Hospital Expo и переговорах с руководством французского Агентства по биомедицине по вопросам российско-французского сотрудничества, в том числе в области вспомогательных репродуктивных технологий (18–21 мая 2010 года, Франция, Париж).

- В 2010 году в составе делегации врачей, сопровождавших группу российских школьников в Китайскую Народную Республику в количестве 444 детей и 52 сопровож-

дающих взрослых в период с 31 июля по 9 августа 2010 года, работала заместитель директора Департамента О.В. Чумакова, которая отвечала за организацию медицинской помощи всем членам делегации. Врачи делегации сопровождали школьников на всех мероприятиях, оказывали экстренную и неотложную медицинскую помощь и проводили лечебно-профилактические мероприятия в круглосуточном режиме.

Развитие программы «Родовой сертификат»

Качество оказания медицинской помощи матери и ребенку, снижение материнской, младенческой и детской смертности в последние годы стали одними из основных критериев оценки эффективности работы системы здравоохранения. На решение этих задач направлена программа «Родовой сертификат», которая с 2006 года реализуется в составе мероприятий приоритетного национального проекта «Здоровье».

Общий объем средств, предусмотренных на реализацию программы «Родовой сертификат» в 2010 году, составил 17 500,0 млн рублей.

Значительная часть средств направляется на укрепление материально-технической базы учреждений родовспоможения, увеличение оплаты труда медицинских работников женских консультаций, родильных домов, детских поликлиник.

Благодаря дополнительному финансированию по талонам родовых сертификатов государственные и муниципальные женские консультации и учреждения родовспоможения приобретают современную диагностическую аппаратуру и лабораторное оборудование. На эти средства также закупаются медикаменты для обеспечения женщин в период беремен-

ности, дополнительное питание для беременных и кормящих матерей, жизненно важные лекарственные препараты для реанимации и выхаживания новорожденных, профилактики акушерских кровотечений и послеродовых септических осложнений. В результате удалось заметно снизить число осложнений во время беременности и родов, материнскую и младенческую смертность.

Во всех регионах внедрен новый стандарт диспансерного наблюдения ребенка в течение первого года жизни, включающий дополнительные осмотры врача-невролога, детского хирурга, детского стоматолога, отоларинголога, а также ультразвуковое исследование, в том числе тазобедренных суставов, что позволяет на более ранних сроках выявлять заболевания у детей, проводить оздоровительные, лечебные и реабилитационные мероприятия.

По данным Фонда социального страхования РФ, на 1 октября 2010 года медицинские услуги по родовому сертификату получили: на амбулаторно-поликлиническом этапе — 1 180 126 женщин; в период родов — 1 193 765 женщин; диспансерное наблюдение на первом году жизни прошли 1 880 987 детей.



ПРИОРИТЕТНЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ «ЗДОРОВЬЕ»

В 2010 ГОДУ — 17,5 МЛРД РУБЛЕЙ

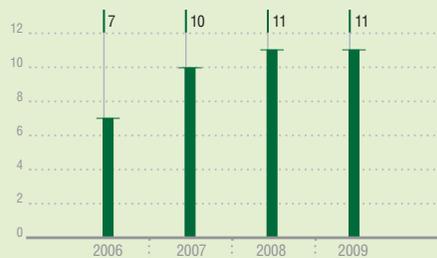
ТАЛОН № 1

женская
консультация
(3 тыс. рублей)

ТАЛОН № 2

роддом
(6 тыс. рублей)

РОДОВЫЙ СЕРТИФИКАТ



ТАЛОН № 3а

(1 тыс. рублей
на диспансерное
наблюдение детей
1–6 мес.)

ТАЛОН № 3б

(1 тыс. рублей
на диспансерное
наблюдение детей
6–12 мес.)

Строительство и оснащение перинатальных центров

Строительство и ввод в действие современных перинатальных центров позволит решить целый комплекс вопросов охраны здоровья семьи, начиная от подготовки к желанной беременности до рождения здорового ребенка.

В 2010 году введены в эксплуатацию перинатальные центры в Тверской области — Областной клинический перинатальный центр; в Санкт-Петербурге — федеральный перинатальный центр ФГУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова», а также перинатальные центры в Ростове-на-Дону, Томске, Кирове и т.д. Всего — 18 областных (краевых, республиканских) перинатальных центров.

Перинатальные центры строятся с учетом перехода в 2011 году на трехуровневую систему оказания медицинской помощи беременным женщинам и новорожденным. Эта система предполагает, что женщины, беременность которых протекает нормально, получают медицинскую помощь в родильных отделениях городских и районных больниц, беременные со средней степенью риска направляются в межрайонные перинатальные центры, а беременные со сложными патологиями — в федеральные перинатальные центры.

Объемы финансирования из федерального бюджета на строительство и оснащение перинатальных центров в 2010 году составили 6 040,0 млн рублей.

ТРЕХУРОВНЕВАЯ СИСТЕМА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕНЩИНАМ И ДЕТЯМ (на примере Рязанской области)





ВОПРОС

Нельзя ли не закрывать, оставить маленькие родильные отделения в районных больницах, ведь они рядом, это удобно?

ОТВЕТ

К сожалению, качество оказания медицинской помощи в таких небольших родильных отделениях невысокое. Об этом говорит и медицинская статистика — здесь на 40% выше материнская и младенческая смертность. Именно поэтому в акушерстве и гинекологии мы выстраиваем трехуровневую систему помощи.

Как эта система будет работать на практике. Врач женской консультации проводит оценку состояния беременной. Если беременность протекает нормально, в анамнезе нет серьезных факторов риска и предыдущие беременности прошли без осложнений, то эта женщина может рожать в центральной районной больнице, так как ей не потребуются никакая-то специальная помощь. Когда все в норме, медицина должна минимально вмешиваться в процесс родов, ведь это физиологический процесс.

Если у женщины обнаружены отклонения, ее необходимо обследовать в так называемом учреждении второго уровня — межрайонном перинатальном центре. А иногда в зависимости от тяжести состояния — в региональном перинатальном центре. Эти учреждения располагают мощной материально-технической базой, высококвалифицированными специалистами.

Сейчас рожают женщины с пороками сердца, с заболеваниями эндокринной системы, сахарным диабетом, после онкологических заболеваний. Раньше при выявлении любой из перечисленных патологий у беременных врачи не рекомендовали рожать, потому что сами роды были фактором риска для жизни женщины. Теперь в этих случаях научились оказывать помощь. Но это именно в больших современных центрах, так как невозможно во все маленькие районные больницы поставить, например, аппараты УЗИ. Даже если их установить, некому будет на них работать и проводить консультации.

Трехуровневая система должна быть организована и отработана в каждом регионе.

Пренатальная диагностика врожденных и наследственных заболеваний

ЦИТАТА:

«Наша задача — выявить заболевание у еще не родившегося ребенка и начать его лечение. А о таких пороках и синдромах, при которых пока бессильна медицина, мы обязаны заранее сказать маме. Дальше — исключительно ее решение. Сейчас, кстати, увеличилось число женщин, которые, узнавая о возможности рождения ребенка с тяжелой патологией, не прерывают беременность».
В. Широкова, директор Департамента развития медицинской помощи детям и службы родовспоможения, «Новая газета», 07.10.2010

С 2010 года для формирования в России эффективно действующей системы массовой пренатальной диагностики врожденных и наследственных заболеваний проводится пилотный проект в трех регионах — Московской, Ростовской и Томской областях. В регионы

поставлены оборудование (экспертные ультразвуковые аппараты и экспрессные биохимические анализаторы) и расходные материалы. Проведен цикл повышения квалификации для врачей ультразвуковой диагностики этих регионов по экспертной пренатальной ультразвуковой диагностике.

После анализа результатов пилотного проекта поэтапно на пренатальную диагностику будут переходить все регионы.

В рамках съезда медицинских генетиков России проведено совещание главных специалистов по медицинской генетике субъектов Российской Федерации по вопросу внедрения в регионах мероприятий пренатальной диагностики (май 2010 года, Ростов-на-Дону).

На это направление в 2010 году из федерального бюджета выделено 135,6 млн рублей.



Неонатальный и аудиологический скрининг

Важное направление — совершенствование оказания медико-генетической помощи детям и семьям, имеющим детей с наследственными и врожденными заболеваниями. Неонатальный скрининг позволяет обеспечивать раннее выявление детей с тяжелыми наследственными и врожденными заболеваниями, начать их лечение, а это, в свою очередь, в будущем создаст им возможности для нормального развития, образования, профессиональной подготовки, полноценной жизни.

В рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» проводится неонатальный скрининг на пять наследственных заболеваний: адреногенитальный синдром, галактоземию, муковисцидоз, фенилкетонурию и врожденный гипотиреоз. Этот скрининг проводится на всей территории России.

На 1 октября 2010 года на пять наследственных заболеваний обследовано более 1,136 млн новорожденных, выявлено 792 случая заболевания. Обследованием охвачено 88% новорожденных от числа родившихся. В целом ряде регионов обследовано 95% и более новорожденных (Краснодарский край, Белгородская, Воронежская, Калужская, Московская, Мурманская, Курганская, Свердловская области, Москва, Удмуртская Республика, Республика Башкортостан, Ханты-Мансийский автономный округ). Всем детям, у которых найдены наследственные заболевания, оказывается необходимая медицинская помощь, обеспечиваются лекарственные препараты.

В России около 1,3 млн детей и подростков страдают тугоухостью, ежегодно рожда-

ется еще от полутора до двух тысяч детей с врожденной тугоухостью и две тысячи детей приобретают ее позднее. С 2008 года в рамках национального проекта «Здоровье» осуществляется аудиологический скрининг детей первого года жизни. Одновременно ведется работа по оснащению медучреждений соответствующим диагностическим оборудованием. Все это позволяет оказывать детям своевременную и грамотную медицинскую помощь, а при выявлении у ребенка полного нарушения слуха направлять его на операцию по кохлеарной имплантации.

По оперативной информации за 9 месяцев 2010 года универсальный аудиологический скрининг проведен 785 692 детям; из их числа выявлено 37 909 детей с нарушениями слуха. На втором этапе универсального аудиологического скрининга, который проведен 20 441 ребенку, нарушение слуха выявлено у 3749 детей.

Проводится необходимое лечение, в том числе операции по вживлению кохлеарных имплантов.

В целях повышения квалификации медицинских работников муниципальных и государственных учреждений здравоохранения, которые осуществляют аудиологический скрининг, продолжается обучение врачей и медицинских сестер.

На проведение неонатального и аудиологического скрининга из федерального бюджета в 2010 году выделено 630,6 млн рублей.



Развитие ЭКО

ЦИТАТА:

«Примерно 10% российских супружеских пар имеют проблемы с зачатием и рождением ребенка. Государство должно помочь этим людям. Почему мы говорим государство, а не медицина? Медицина может помочь, но это сложные и дорогостоящие технологии, оборудование. Процедура оплодотворения стоит около 200 тыс. рублей только за одну попытку. Не каждой семье это по карману. Сейчас есть возможность бесплатно для таких семей проводить эти процедуры. И мы должны им помочь».

Елена Байбарина, заместитель директора по научной работе ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика Кулакова», д.м.н., главный специалист-неонатолог Минздрава России, «Эхо Москвы», программа «Дневной обход», 02.10.2010

Ежегодно в России выполняется более 25 тыс. операций по экстракорпоральному оплодотворению, из них за счет федерального бюджета — не более 12% от общего числа. Увеличение объемов финансирования вспомогательных

репродуктивных технологий увеличит доступность этого вида медицинской помощи и будет способствовать повышению рождаемости на 30% от числа пролеченных.

В настоящее время экстракорпоральное оплодотворение входит в перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи и проводится за счет федерального бюджета в 11 федеральных медицинских учреждениях.

В 2010 году за счет федерального бюджета выполнено 3014 операций по экстракорпоральному оплодотворению.

В ряде субъектов Российской Федерации (Москва, Московская, Белгородская области, Чувашская Республика и др.) приняты программы по лечению бесплодия с применением метода ЭКО за счет средств региональных бюджетов. В 2010 году за счет средств региональных бюджетов высокотехнологичная медицинская помощь с использованием ЭКО оказана 1319 супружеским парам. Таким образом, всего выполнено 4333 операции с использованием ЭКО.

Развитие ЭКО позволит ежегодно проводить лечение бесплодия более чем 9000 супружеских пар.

	2011 год	2012 год	2013 год	2014 год	2015 год
Объемы финансового обеспечения мероприятия, млн рублей	1200	1200	1200	1200	1200
Число операций ЭКО, единиц	9630	9630	9630	9630	9630

Диспансеризация детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, пребывающих в стационарных учреждениях системы здравоохранения, образования и социальной защиты

С 2007 года на территории России проводится углубленная диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации. По результатам диспансеризации разрабатываются индивидуальные планы лечебно-оздоровительных и реабилитационных мероприятий, включая оказание высокотехнологичной медицинской помощи как на уровне субъектов Российской Федерации, так и на федеральном уровне.

Среди этих детей заболеваемость по различным классам болезней в 3–5 раз выше по сравнению с детьми, воспитываемыми в семьях. Из числа осмотренных детей: I группа здоровья только у 4,3%; II группа здоровья — 32,0%; III группа здоровья — 40,6%; IV группа здоровья — 14,1%; V группа здоровья — 9%.

Своевременная диагностика и коррекция различных нарушений и отклонений в состоянии здоровья этих детей позволяют решать вопросы их дальнейшей судьбы, обеспечивать



социальную адаптацию и интеграцию их в общество, обрести семьи.

Минздравсоцразвития России совместно с Минобразования и науки Российской Федерации проводит работу по формированию списков детей, подлежащих диспансеризации. Проводится мониторинг детей, переданных в патронатные семьи.

На 1 октября 2010 года медицинскими учреждениями осмотрен 194 941 ребенок (60% от планового показателя). Из числа осмотренных детей к I группе здоровья отнесено лишь 7829 человек (4,3%), ко второй — 61 823 человек (32,0%).

В 2010 году из федерального бюджета на проведение диспансеризации детей-сирот выделено 836,8 млн рублей.

Подпрограмма «Здоровое поколение» федеральной целевой программы «Дети России» на 2007–2010 годы

Задачи программы — обеспечение безопасного материнства; создание условий для рождения здоровых детей; охрана здоровья детей и подростков; профилактика заболеваемости, инвалидности и смертности в детском и подростковом возрасте; улучшение здоровья детей и подростков, проживающих в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях; обеспечение детей, проживающих в отдаленных поселениях, квалифицированной диагностической и лечебной помощью и др.

В рамках реализации подпрограммы «Здоровое поколение» федеральной целевой программы «Дети России» на 2007–2010 годы осуществляется строительство и реконструкция учреждений родовспоможения, материнства и детства. В медико-генетические консульта-

ции (центры, отделения) поставляются комплекты диагностических наборов для проведения неонатального скрининга на врожденный гипотериоз, наборы реагентов для проведения неонатального скрининга на фенилкетонурию.

На реализацию мероприятий подпрограммы в 2010 году из федерального бюджета предусмотрено 777,8 млн рублей.

В течение года осуществлялся мониторинг состояния службы охраны материнства и детства, специалисты Минздравсоцразвития России выезжали с проверками в Забайкальский, Краснодарский, Ставропольский края, Калининградскую, Саратовскую, Свердловскую, Кировскую, Пермскую, Мурманскую, Кемеровскую, Ростовскую, Калининградскую области, Республику Мордовию.

Планы на 2011 год

- Совершенствование медицинской помощи женщинам и детям в рамках модернизации здравоохранения.
- Дальнейшее развитие на основании родовых сертификатов медицинской помощи, оказываемой женщинам в период беременности, родов и в послеродовой период, в том числе медикаментозное обеспечение женщин в период беременности, а также диспансерное наблюдение ребенка, поставленного в течение первого года жизни в возрасте до трех месяцев на диспансерный учет.
- Развитие пренатальной диагностики.
- Реализация комплекса мер по выживанию новорожденных с низкой и экстремально низкой массой тела.
- Реализация мероприятий по профилактике и снижению числа аборт — создание центров поддержки беременных, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.
- Развитие вспомогательных репродуктивных технологий, увеличение числа квот на проведение ЭКО.
- Развитие неонатальной хирургии.
- Проведение диспансеризации детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.
- Создание и открытие Центров здоровья, ориентированных на детское население Российской Федерации.
- Диспансеризация подростков.
- Создание системы паллиативной помощи тяжело больным детям.
- Дальнейшее совершенствование организации деятельности педиатрических и родовспомогательных учреждений, включая строительство и реконструкцию учреждений родовспоможения, лечебно-профилактических и научно-исследовательских институтов материнства и детства, пе-



ринатальных центров, разработку новых и усовершенствование существующих технологий оказания медицинской помощи беременным женщинам (в рамках Федераль-

ной целевой программы «Дети России» на 2007–2010 годы, подпрограмма «Здоровое поколение»).

Разработанные и принятые нормативно-правовые акты

Приказ от 12.02.2010 № 82н (зарегистрирован в Минюсте России 26.03.2010 № 16736) «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития от 16 января 2008 года № 11н «О порядке и условиях оплаты государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения (а при их отсутствии — медицинскими организациями, в которых в установленном законодательством Российской Федерации порядке размещен государственный и (или) муниципальный заказ) услуг по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности, в период родов и в послеродовой период, а также диспансерному (профилактическому) наблюдению детей, поставленных в течение первого года жизни и в возрасте до 3 месяцев на диспансерный учет, и выдаче женщинам родовых сертификатов»».

Приказ от 11.02.2010 № 79н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 февраля 2008 года № 51н «О порядке расходования средств, связанных с оплатой услуг государственным и муниципальным учреждениям здравоохранения (а при их отсутствии — медицинским организациям, в которых в установленном законодательством Российской Федерации порядке размещен государственный и (или) муниципальный заказ) по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности, в период родов и в послеродовой период, а также по диспансерному (профилактическому) наблюдению детей, поставленных в течение первого года жизни в возрасте до трех месяцев на диспансерный учет»».

Приказ от 19.03.2010 № 168н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 20 февраля 2008 года № 81 «Об утверждении формы заявки на перечисление в 2008–2010 годах Федеральным фондом обязательного медицинского страхования в бюджет Фонда социального страхования Российской Федерации средств на оплату государственным и муниципальным учреждениям здравоохранения (а при их отсутствии — медицинским организациям, в которых в установленном законодательством Российской Федерации порядке размещен государственный и (или) муниципальный заказ) услуг по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности, в период родов и в послеродовой период, а также по диспансерному (профилактическому) наблюдению детей, поставленных в течение первого года жизни в возрасте до 3 месяцев на диспансерный учет»».

Приказ от 27.02.2010 № 114н (зарегистрирован в Минюсте России 22.03.2010 № 16681) «О нормативных затратах на проведение в 2010 году диспансеризации одного ребенка».

Приказ от 07.06.2010 № 425н (зарегистрирован в Минюсте России 06.07.2010 № 17727) «Об утверждении формы соглашения между Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации и высшим органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации или Российской академией медицинских наук о реализации мероприятий, направленных на проведение пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка в учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения».



Приказ от 15.04.2010 № 240н (зарегистрирован в Минюсте России 18.05.2010 № 17253) «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации».

Приказ от 25.06.2010 № 480н (зарегистрирован в Минюсте России 13.08.2010 № 18224) «О порядке предоставления сведений о состоянии здоровья детей, оставшихся без попечения родителей, для внесения в государственный банк данных о детях, оставшихся без попечения родителей».

ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

Для обеспечения потребности граждан России в высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) Минздравсоцразвития России формирует государственное задание на оказание ВМП за счет федерального бюджета. Государственное задание формируется на основании заявок регионов, с учетом технологических возможностей медицинских учреждений и бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете на эти цели.

Если в 2007 году в выполнении государственного задания участвовали 73 медицинских учреждения, в 2008 году — 86, в 2009 году — до 103, то в 2010 году участвуют 110 федеральных медицинских учреждений, включая 62 учреждения Минздравсоцразвития России, 27 учреждений ФМБА России и 21 учреждение РАМН.

Плановые объемы ВМП по числу пролеченных больных для федеральных медицинских учреждений в 2010 году составили 255 195 больных, в том числе для учреждений Минздравсоцразвития России — 178 002 больных, учреждений ФМБА России — 22 938 больных и учреждений РАМН — 54 255 больных.

Для повышения доступности ВМП и сокращения сроков ожидания ее предоставления в государственное задание вносились изменения. При корректировке государственного задания в первую очередь удовлетворялась

потребность в оказании высокотехнологичной медицинской помощи детскому населению, больным, нуждающимся в повторной госпитализации для продолжения лечения, больным с патологией сердечно-сосудистой системы, онкологическими и нейрохирургическими заболеваниями.

Кроме того, в 2010 году Минздравсоцразвития России осуществлял софинансирование затрат медицинских учреждений субъектов Российской Федерации на выполнение государственного задания на оказание ВМП. В результате ВМП на условиях софинансирования из федерального бюджета оказывают 122 медицинских учреждения в 50 регионах. Общий объем субсидий из федерального бюджета составляет 4 млрд рублей, а плановые объемы ВМП для медицинских учреждений субъектов в 2010 году составляют 34 966 больных.

За 10 месяцев 2010 года ВМП оказана 240 234 больным (84,3% от запланированного на год), в том числе 41 115 детям.

В структуре всей оказанной ВМП наибольшее место пришлось на сердечно-сосудистую хирургию (26%), онкологию (20%), офтальмологию (10%), травматологию и ортопедию (эндопротезирование) (10%), травматологию и ортопедию (6%), нейрохирургию (5%).



СТРУКТУРА ОКАЗАННОЙ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И КОЛИЧЕСТВО ПРОЛЕЧЕННЫХ БОЛЬНЫХ за 10 месяцев 2010 года



За 10 месяцев 2010 года ВМП оказана 83 175 больным из Центрального федерального округа, 36 414 — из Северо-Западного федерального округа, 19 177 — из Южного федерального округа, 13 571 — из Северо-Кавказского федерального округа, 36 969 — из Приволжского федерального округа, 11 737 — из Уральского федерального округа, 31 365 — из Сибирского федерального округа и 7826 — из Дальневосточного федерального округа.

В августе 2010 года были введены в эксплуатацию и начали свою деятельность ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации» (г. Хабаровск) и ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации» (г. Красноярск). В IV квартале 2010 года каждому из открывшихся федеральных центров определено государственное задание по высокотехнологичной медицинской помощи, а это значит, что около 400 жителей Хабаровского и Красноярского краев получают высококвалифицированную медицинскую помощь уже в этом году, не вы-

езжая за пределы своего региона. В 2011 году медицинская помощь по соответствующим профилям в каждом из вновь открытых центров может быть оказана свыше 3500 жителям Российской Федерации.

В 2010 году завершено строительство еще двух федеральных центров высоких медицинских технологий. Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации проведены мероприятия по организации деятельности новых федеральных центров: Центра сердечно-сосудистой хирургии в Челябинске и Центра нейрохирургии в Тюмени. В соответствии с графиком строительства федеральных центров высоких медицинских технологий окончание строительства центров планируется до конца 2011 года.

Реализация в рамках национального проекта мероприятия «Подготовка и повышение квалификации медицинских работников федеральных центров высоких медицинских технологий, в том числе модернизация образовательного процесса» предполагает организацию образовательных центров подготовки специалистов для федеральных центров высоких медицинских технологий.



На 2010 год предусмотрено финансирование в размере 50,0 млн рублей.

В 2010 году организовано 3 образовательных центра: по направлению подготовки «нейрохирургия» в Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии при участии Российского научно-исследовательского нейрохирургического института им. профессора А.Л. Поленова, по направлению подготовки «сердечно-сосудистая хирургия» в Новосибирском государственном медицинском университете при участии Новосибирского научно-исследовательского института патологии кровообращения им. академика Е.Н. Мешалкина, по направлению подготовки «травматология и ортопедия» в Санкт-Петербургском государственном медицинском университете им. академика И.П. Павлова при участии Российского ордена Трудового

Красного Знамени научно-исследовательского института травматологии и ортопедии им. Р.Р. Вредена.

В основе деятельности образовательных центров лежит разработка и внедрение инновационных образовательных программ и технологий с использованием принципов дистанционных образовательных технологий, интерактивного образования; реалистичной компьютерной симуляции (виртуальных медицинских симуляторов, тренажеров, фантомов, манекенов).

Важной инновационной составляющей в обучении специалистов является использование обучения на симуляторах-фантамах. В отличие от ранее применяемых образовательных технологий использование фантомов-симуляторов операционной деятельности повышает интенсивность обучения в 2–3 раза.

РАЗВИТИЕ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Скорая медицинская помощь (СМП) является самым массовым и бесплатным видом медицинской помощи населению, за оказанием которой ежегодно в среднем обращается каждые 300–360 жителей из тысячи.

Определение путей развития службы скорой медицинской помощи, обеспечение условий для достижения высокого уровня эффективности и качества оказания скорой медицинской помощи — эти вопросы актуальны не только для работников самой Службы, но и для каждого гражданина России.

Благодаря реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» Служба скорой медицинской помощи вышла на новый этап развития. Сегодня наша общая задача — повышение качества и доступности медицинской помощи населению. Эта задача будет решаться и за счет совершенствования нормативно-правовой базы и дальнейшего развития медицинской науки, материально-технических, кадровых и технологических ресурсов. Все это в полной мере можно отнести и к Службе скорой медицинской помощи, которая по праву является одним из наиболее важных направлений здравоохранения.

В связи с этим в 2010 году Минздравсоцразвития России были внесены изменения в Порядок оказания скорой медицинской помощи.

Основное нововведение Порядка оказания скорой медицинской помощи — создание в составе больниц отделений экстренной медицинской помощи.

Согласно Порядку приемное отделение будет территориально объединено с операционно-реанимационным блоком. Дежурной бригадой при поступлении пострадавших будет проводиться сортировка на основании оценки состояния центральной гемодинамики, сердечной деятельности, данных ЭКГ, функции внешнего дыхания, уровня сознания, объективного исследования грудной клетки и живота, оценки целостности костей черепа, конечностей, таза и позвоночника, неврологической симптоматики. В результате сортировки все поступившие будут разделяться на три потока.

Первый поток — это пациенты, нуждающиеся в экстренном оперативном вмешательстве.

Второй поток — пострадавшие, нуждающиеся в срочной интенсивной терапии или реанимации.

В третий поток входят пострадавшие, общее состояние которых позволяет выполнить обследование в условиях приемного отделения.

Таким образом, апробированная схема оказания медицинской помощи позволит улучшить качество оказания медицинской помощи, снизить процент послеоперационных осложне-



ний, снизить летальность в группе пациентов, поступающих в тяжелом и крайне тяжелом состоянии.

РАЗВИТИЕ СЛУЖБЫ КРОВИ

Развитие российского здравоохранения и внедрение новых медицинских технологий предъявляет высокие требования как к качеству, так и к количеству препаратов крови и ее компонентов. Начатая в 2008 году и рассчитанная на 4 года масштабная программа совершенствования отечественной службы крови ориентирована на обеспечение лечебных учреждений необходимым объемом безопасных и эффективных компонентов и препаратов крови отечественного производства путем создания единой технологической цепи заготовки, переработки, обследования и хранения крови и ее компонентов.

В 2010 году продолжалось развитие службы крови по направлениям, начатым в 2008–2009 годах:

- модернизация и переоснащение учреждений Службы крови;
- создание единой информационной базы данных по заготовке, переработке, хранению и обеспечению безопасности донорской крови и ее компонентов;
- развитие системы массового безвозмездного донорства крови и ее компонентов — проведение коммуникационной кампании.

Координатором программы по развитию Службы крови является Федеральное медико-биологическое агентство (ФМБА России).

В 2010 году к программе присоединились 4 медицинских учреждения федерального подчинения и 22 медучреждения, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации. На реализацию мероприятий только из федерального бюджета было выделено 4,5 млрд рублей.

В рамках реализации информационного направления Программы создан федеральный информационный центр, который решает задачу повышения безопасности крови путем объединения станций переливания крови в единую информационную сеть и создания централизованных баз данных. В течение трех лет реализации программы (2008–2010) осуществлено переоснащение и подключены к федеральному информационному центру три четверти субъектов Российской Федерации (63 региона).

В результате реализации мероприятий в 2008–2009 годах впервые за последние 10 лет произошли изменения в объемах заготовки крови и численности доноров.

Общая численность доноров увеличилась в стране на 4,2%, число доноров плазмы — на 11,6%, количество плазмодач — на 10,4%, заготовка цельной крови — на 7,4%. Количество доноров на 1000 населения составляет 13,8 (в 2008 году — 13), что подтверждает эффективность программы.

В связи с уникальностью крови как ресурса в программе значительное место занимает **коммуникационная программа по развитию безвозмездного донорства.**

КАЛЕНДАРЬ КЛЮЧЕВЫХ СОБЫТИЙ КОММУНИКАЦИОННОЙ КАМПАНИИ

11 ИЮНЯ, накануне Всемирного дня донора, отмечаемого 14 июня, прошла донорская акция по сдаче крови, в которой приняли участие сотрудники Минздравсоцразвития России.

С ИЮЛЯ во всех регионах — участники программы проводились мероприятия, направленные на создание устойчивых связей между социальными группами и образованиями, которые составляют основу института донорства и обеспечивают его интеграцию в общество: СМИ, бизнес, система образования, религиозные конфессии, некоммерческие организации. Большое значение придавалось работе с регулярными и почетными донорами, а также работе с молодежью и развитию донорского волонтерства.

В ИЮЛЕ в рамках смены «Технология добра» на Всероссийском молодежном форуме «Селигер 2010» совместно с партнером программы развития Службы крови — LG Electronics реализован ряд инициатив, направленных на развитие добровольного донорства крови и волонтерства. 26–27 августа на Форум приехал мобильный комплекс заготовки крови Центра крови ФМБА России, где за два дня донорами повторно стали около 200 молодых людей.

В АВГУСТЕ — НОЯБРЕ проводилась **федеральная рекламная кампания** на всех основных рекламно-информационных но-



сителях: национальном телевидении («Первый», «Россия», НТВ, СТС, ТНТ и др.), радио («Маяк»), в Интернете, на наружной рекламе. Отличительной особенностью кампании этого года стала активная интеграция в социальные сети, развитие донорских сообществ, а также выделение как отдельной целевой аудитории работодателей представителей бизнеса.

В АПРЕЛЕ И ПОВТОРНО В ОКТЯБРЕ более чем в половине регионов страны прошла акция «АвтоМотоДонор», участниками которой стали 11 726 человек — профессиональных водителей, представителей любительских авто- и мотоклубов. Важно отметить, что число доноров растет и в отдельных регионах к ним присоединяются и другие участники дорожного движения — велосипедисты, пешеходы.

7 АВГУСТА прошла **всероссийская Суббота доноров**: для приема доноров в выходной день открыли свои двери станции переливания крови всех субъектов Российской Федерации, приняв свыше 10 500 человек. Проведение Субботы доноров становится традицией не только на федеральном уровне, но и во многих регионах, где в течение года станции переливания крови открываются в выходные дни для приема безвозмездных доноров, не имеющих возможность сдать кровь в будни.

17 СЕНТЯБРЯ в рамках VI Всероссийского форума «Здоровье нации — основа процветания России» состоялась научно-практическая конференция «Доноры крови — здоровая нация».

В ОКТЯБРЕ–НОЯБРЕ состоялось **подписание официальных соглашений о сотруд-**

ничестве ФМБА России и представителей бизнеса: 21 октября в Москве руководитель Федерального медико-биологического агентства Владимир Уйба и директор по управлению персоналом, руководитель Службы человеческих ресурсов Финансовой корпорации «УРАЛСИБ» Екатерина Успенская подписали протокол о социальном партнерстве; 11 ноября в Вологде заместитель руководителя ФМБА России Елена Хавкина, генеральный директор ЗАО «СтарТ-Плюс» Вячеслав Тарасов и региональный управляющий директор «TELE2 Вологда» Сергей Куприянов подписали протокол о социальном партнерстве в сфере развития безвозмездного массового донорства крови.

С 8 ПО 12 НОЯБРЯ в рамках программы развития Службы крови более чем в 100 вузах и ссузах 55 субъектов РФ прошли мероприятия «**День донорского совершеннолетия**», главными участниками которых стали студенты, возраст которых на момент проведения акции составил полных 18 лет. Бригады мобильных пунктов и комплексов заготовки крови (МКЗК) работали на территории учебных заведений, чтобы все желающие смогли присоединиться к донорскому движению. Общее количество участников акции — первичных доноров составило 4750 человек. Каждому были вручены свидетельство о первой кроводаче или «зачетная книжка донора», а также памятка о важности регулярного донорства.

23 НОЯБРЯ в Общественной палате по инициативе Минздравсоцразвития России и ФМБА России состоялась **видеоконференция, пос-**



вященная вопросам повышения эффективности организации донорства крови и развития Общественных советов по донорству. В ходе мероприятия участникам представили проект резолюции, призванный содействовать созданию Общественных советов в тех регионах, в которых они еще не созданы, а также обобщить положительный региональный опыт для развития 100%-но безвозмездного донорства крови в стране.

С 22 ПО 27 НОЯБРЯ впервые в России прошла акция «**Спасибо, донор!**», призванная положить начало традиции выражать искреннюю благодарность донорам, которые спасают жизни, помогая безвозмездно. Завершилась неделя чествования добровольных доноров крови и ее компонентов 27 ноября праздничными мероприятиями для доноров. Представители органов власти, станций переливания крови, общественных организаций, артисты в торжественной обстановке обратились ко всем донорам России со словами благодарности. Торжества, проходившие одновременно в 71 субъекте Российской Федерации, собрали рекордное количество — 17 400 почетных и регулярных доноров крови. Помощь в проведении мероприятия оказывали более 500 волонтеров Службы крови.

1 ДЕКАБРЯ в Москве прошел **III Всероссийский форум Службы крови**, на котором обсуждались итоги трехлетней реализации программы развития Службы крови, опыт реализации региональных программ, проблемы и перспективы развития массового добровольного донорства крови и ее компонентов до 2020 года.

ЦИТАТА:

«Хочу сказать “Спасибо, донор!” всем добровольным донорам крови и ее компонентов, дарующим радость здоровой жизни! И благодарю всех участников института донорства — наших доноров, Службу крови, некоммерческие и общественные организации, волонтеров, социально ответственный бизнес, администрации регионов, создающих общественные советы по донорству, средства массовой информации и всех, кто участвует в развитии регулярного безвозмездного донорства крови в России».

Т.А. Голикова, министр здравоохранения и социального развития РФ

Продолжается реализация программы по развитию корпоративной культуры в Службе крови: для сотрудников проводятся тренинги по совершенствованию общения с донорами, выпускается корпоративное издание, позволяющее распространять наиболее интересный опыт отдельных регионов и учреждений.

Развитие Службы крови сопровождается постоянным развитием коммуникационной инфраструктуры. 16 августа начал работу модернизированный интернет-портал Службы крови — www.yadonor.ru. Новый портал — это расширенная информационная база для всех участников донорского движения: доноров, волонтеров, НКО, предприятий и компаний, Общественных советов, журналистов, содержащая полезную информацию и материалы для работы, проведения мероприятий. С помощью интерактивной карты можно узнать о последних событиях в выбранном регионе, новостях Службы крови, численности доноров и зарегистрированных участников донорского движения, а также найти адреса и контакты ближайших станций переливания крови. Для тех, кто впервые готовится стать донором, на портале представлена подробная информация о том, как подготовиться к кроводаче, а также специальный сервис «Анкета донора», с помощью которого можно проверить свое здоровье и возможность стать донором. В специальном разделе выложены готовые макеты и рекомендации по организации и проведению дней донора в вузах и организациях. Посещаемость интернет-портала в период проведения всего комплекса мероприятий стабильно высокая, в среднем на уровне 18 200 уникальных посетителей в неделю, глубина просмотра — 5–7 страниц.

Работает «горячая линия» Службы крови (8-800-333-3330), по которой круглосуточно можно получить консультацию по вопросам донорства крови и ее компонентов, работает линия по новым стандартам и расширенному рубрикатору. Звонок по России бесплатный. Количество звонков существенно выросло с начала коммуникационной кампании, пиковые значения достигают 6000–7000 вызовов в неделю.

Регулярный мониторинг общественного мнения и информационного поля федеральных и региональных СМИ проводится с целью отслеживания динамики отношения общества к вопросам донорства крови и ее компонентов, а также оценки эффективности проводимых мероприятий.



Коммуникационная кампания по развитию массового добровольного донорства крови, организованная Минздравсоцразвития России и ФМБА России, в части комплекса федеральных и региональных мероприятий и инфраструктуры для коммуникации реализуемая коммуникационным агентством SPN Ogilvy, стала лауреатом международной премии в области связей с общественностью IPRA Golden World Awards 2010 в номинации «Здравоохранение». Кампания по развитию донорства так

же вышла в финал IPRA Golden World Awards 2010 в номинации «Государственный сектор». Ранее данный проект завоевал национальную премию в области развития общественных связей «Серебряный Лучник — 2009», национальную премию в области маркетинговых услуг «Серебряный Меркурий — 2009» и стал финалистом трех международных премий: IPRA Golden World Awards 2009, European Excellence Awards 2009 и SABRE Awards 2009 и 2010.

Планы на 2011 год

- Завершение переоснащения региональных учреждений службы крови и подключение оставшихся регионов и СПК (более 60) к единой информационной сети.
- Включение в программу развития службы крови следующих регионов: Белгородская область, Волгоградская область, Карачаево-Черкесская Республика, Липецкая область, Московская область, Ненецкий автономный округ, Новгородская область, Республика Тыва, Республика Хакасия,

Самарская область, Саратовская область, Санкт-Петербург, Тульская область, Ульяновская область, Ханты-Мансийский автономный округ — Югра, Чеченская Республика, Чукотский автономный округ, Ямало-Ненецкий автономный округ, Ярославская область, Пермский край, Краснодарский край, Красноярский край, Курганская область, Свердловская область, Еврейская автономная область.

САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ ЧЕЛОВЕКА И ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

В 2010 году Министерством в рамках охраны здоровья населения и санитарно-эпидемиологического благополучия решались следующие задачи:

- профилактика инфекционных заболеваний, иммунизация населения в рамках Национального календаря профилактических прививок и обеспечение необходимыми медицинскими иммунобиологическими препаратами;
- обследование и лечение лиц, инфицированных ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами В и С, в том числе обеспечение противовирусными препаратами и диагностическими средствами;
- формирование системы здорового питания;
- формирование Таможенного союза и Единого экономического пространства Республики Беларусь, Республики Казахстан и Российской Федерации.

КАЛЕНДАРЬ КЛЮЧЕВЫХ СОБЫТИЙ

ЯНВАРЬ — Указом Президента РФ от 30.01.2010 № 120 утверждена Доктрина продовольственной безопасности Российской Федерации, в которой определены основные направления государственной экономической политики в сфере обеспечения продовольственной безопасности страны.

В 2010 ГОДУ в 52 субъектах Российской Федерации открыты 54 Школы пациентов для профилактики, медико-социальной поддержки и реабилитации ВИЧ-инфицированных, а также людей из группы риска.

22–24 ФЕВРАЛЯ — участие в совместном внеочередном совещании Конференций сторон Базельской конвенции о контроле за трансграничной перевозкой опасных отходов и их удалением, Стокгольмской конвенции о стойких органических загрязнителях и Роттердамской конвенции о процедуре предвари-



тельного обоснованного согласия в отношении опасных химических веществ и пестицидов в международной торговле, прошедшей в г. Нуса Дуа (о. Бали).

МАРТ — участие в Пятой министерской конференции по окружающей среде и здоровья «Защитим здоровье детей в изменяющейся среде», которая состоялась в Парме (Италия).

ОКТАБРЬ — распоряжением Правительства РФ от 25.10.2010 № 1873-р утверждены «Основы государственной политики в области

здорового питания населения Российской Федерации на период до 2020 года».

8 ДЕКАБРЯ — принят Федеральный закон № 341-ФЗ «О внесении изменения в статью 9 Федерального закона “Об иммунопрофилактике инфекционных болезней”, который предусматривает расширение Национального календаря профилактических прививок за счет введения прививки против гемофильной инфекции.

Иммунизация населения в рамках Национального календаря профилактических прививок

Финансовое обеспечение реализации мероприятий, направленных на иммунизацию населения в рамках Национального календаря профилактических прививок за счет средств федерального бюджета в 2010 году составляет 5 258 790,0 тыс. рублей.

По итогам проведения открытых аукционов Минздравсоцразвития России заключен 31 государственный контракт на закупку и поставку медицинских иммунобиологических препаратов на сумму 5 152 855,06 тыс. рублей.

В 2010 году в рамках Национального календаря профилактических прививок привито около 100% из числа подлежащих против полиомиелита, краснухи, эпидемического паротита, кори и туберкулеза. Против гепатита В в 2010 году полный курс иммунизации получили 85,5% от числа подлежащих у 14,5% трехкратный курс иммунизации будет завершен в 2011 году. Против дифтерии, коклюша, столбняка привито 87,3% из числа подлежащих.

В преддверии эпидсезона по заболеваемости гриппом и ОРВИ 2010–2011 годах в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» в строгом соответствии с заяв-

ками органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации Минздравсоцразвития России для иммунизации населения было закуплено более 28 млн доз вакцин против гриппа отечественного производства, содержащие актуальные штаммы вирусов. Иммунизация населения против гриппа по данным органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации была завершена в декабре 2010 года. Всего было привито около 100% от числа подлежащих прививкам.

По данным НИИ гриппа и НИИ вирусологии им. Д.И. Ивановского Минздравсоцразвития России, осуществляющих постоянный эпидемиологический и этиологический мониторинг за гриппом и ОРВИ, эпидемиологический сезон 2010–2011 годов будет носить характер средней (умеренной) интенсивности с преобладанием циркуляции вирусов гриппа А/Н1N1 и В. В начале декабря 2010 года заболеваемость острыми респираторными вирусными инфекциями была связана с циркуляцией возбудителей негриппозной этиологии (парагриппа, аденовирусной инфекции и РС-инфекции).



ИММУНИЗАЦИЯ НАСЕЛЕНИЯ В РАМКАХ НАЦИОНАЛЬНОГО КАЛЕНДАРЯ ПРИВИВОК

ОБЪЕМ ФИНАНСИРОВАНИЯ В 2010 ГОДУ — 5 258 790,0 ТЫС. РУБЛЕЙ

Мероприятия, направленные на иммунизацию населения	Плановое значение на 2010 год (тыс.)	Привито за 2010 год (тыс.)	Выполнение плана (%)	
Против полиомиелита, всего	6160	6179,922	100,3	Отгружено 2 вида вакцин
В том числе дети до 1 года — инактивированной вакциной против полиомиелита	1740	1622,770	93,3	
Против гепатита В — детей, подростков, взрослых	3100	2651,904	85,5	Отгружено 3 вида вакцин (2 вида для детей, в том числе 1 без консерванта, и 1 вид для взрослых)
Против краснухи — детей, подростков, взрослых до 25 лет	4000	4602,828	115	Отгружен 1 вид вакцины
Против дифтерии, коклюша, столбняка — детей, подростков, взрослых	15 000	13 101,916	87,3	Отгружено 7 видов вакцин, в том числе 5 комбинированных (АКДС, АДС-М, АДС, БУБО-КОК и БУБО-М) и 2 моновакцины (АС и АД-м)
Против кори и эпидемического паротита — детей в возрасте 1 год и 6 лет	3240	3226,638	99,6	Отгружено 3 вида вакцин (2 моновакцины и 1 дивакцина: корь+паротит)
Против кори взрослых	400	381,924	95,5	
Против туберкулеза — новорожденных и детей в 7 и 14 лет	2100	2096,280	до 70%	Отгружено 2 вида вакцин (БЦЖ и БЦЖ-м)
Против гриппа — детей и взрослых (сезон 2010–2011 годов)	31 000	28 711,843	92,6	Отгружено 2 вида вакцин (для иммунизации детей (без консерванта) и взрослых)
Заключен 31 государственный контракт на закупку и поставку МИБП на сумму 5 152 855,06 тыс. рублей.				Отгрузка вакцин в полном объеме завершена 15.11.2010

ВОПРОС | С 2011 года расширяется Национальный календарь прививок. С чем это связано и какие новые прививки ожидают россиян?

ОТВЕТ

Отвечает министр Татьяна Голикова:

«Мы достаточно подробно проанализировали ситуацию с нашим Национальным календарем и пришли к выводу, что пока мы являемся одной из стран, в которых предоставляется не самый широкий спектр бесплатных прививок гражданам. Абсолютно необходимым является включение прививки от гемофильной инфекции. Что нам это даст? Мы сможем спасти 11 тысяч детей с точки зрения последующего заболевания этой инфекцией.

Подчеркну, что все прививки, которые мы осуществляем, — исключительно на добровольной основе. Конечно, надлежащая разъяснительная работа будет вестись. Более того, Минздравсоцразвития работает над оптимизацией Национального календаря и по сокращению вмешательства в организм ребенка с точки зрения количества инъекций по одной и той же прививке».



Профилактика, выявление и лечение больных ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами В и С

ЦИТАТА:

«В последние годы наметилась положительная тенденция снижения выявления ВИЧ-инфицированных среди молодежи. Ежегодно в России в рамках мероприятия по скринингу обследуется от 21 до 23 млн человек. По данным оперативного мониторинга за последние 9 месяцев зарегистрировано свыше 39 тысяч ВИЧ-инфицированных человек выявленных впервые, что на 5% ниже уровня аналогичного периода прошлого года. Впервые за последние годы мы отмечаем такую положительную тенденцию».

Галина Чистякова, заместитель директора Департамента охраны здоровья и санитарно-эпидемиологического благополучия человека Минздрава-соцразвития России, 1 декабря, ИТАР-ТАСС

Финансовое обеспечение реализации мероприятий, направленных на обследование населения с целью выявления ВИЧ-инфицированных и инфицированных вирусами гепатита В и С за счет средств федерального бюджета составляет в 2010 году — 13 313 500,0 тыс. рублей.

По итогам проведения открытых аукционов в электронной форме на закупку и поставку противовирусных препаратов для профилактики и лечения лиц, инфицированных ВИЧ, Минздравсоцразвития России заключен 81 государственный контракт на закупку и поставку диагностических средств и противовирусных препаратов для выявления, профилактики и лечения лиц, инфицированных ВИЧ и вирусными гепатитами В и С, на сумму 13 289 685,38 тыс. рублей.

Поставки указанных диагностических средств и противовирусных препаратов были осуществлены в полном объеме в соответствии с планами распределения в срок до 15.11.2010.

С профилактической целью за 12 месяцев текущего года на ВИЧ-инфекцию обследовано 25 209 546 граждан Российской Федерации.

В Центрах по профилактике и борьбе со СПИДом в Российской Федерации прошли диспансерное наблюдение 351 022 человек, живущих с ВИЧ, что составляет 89% от всех состоявших на диспансерном наблюдении лиц, живущих с ВИЧ.

В рамках проекта «Здоровье» получали лечение антиретровирусными препаратами 79 430 ВИЧ-инфицированных, хотя было запланировано к лечению в 2010 году 70 000.

В рамках проведения диспансерного наблюдения и с целью мониторинга эффективности лечения проведено 312 777 исследований по определению иммунного статуса и 351 022 исследований по определению вирусной нагрузки.

За отчетный период 10 696 ВИЧ-инфицированных женщин завершили беременность родами, из них получили химиопрофилактику и антиретровирусную терапию 10 168 женщин (95,1%).

Охват трехэтапной химиопрофилактикой получили 8921 пар мать–ребенок, что составляет 86,6%.

Охват новорожденных химиопрофилактикой составил 98,6%.

По состоянию на 31.12.2010 4152 человек получили лечение против вирусных гепатитов В и С за счет лекарственных препаратов, поставленных в рамках проекта.

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 23.12.2009 № 1079 «Об утверждении Правил предоставления субсидии из федерального бюджета Общероссийской общественной организации «Российский Красный Крест» в целях осуществления мероприятий, направленных на предупреждение распространения ВИЧ-инфекции, в 2010 году в 52 субъектах Российской Федерации было создано 54 Школы пациентов.

Комплекс работ в рамках Школ пациентов включает консультирование граждан специалистами – психологами, социальными работниками, наркологами; обучение пациентов правилам самообслуживания и ухода за тяжелыми больными; правилам соблюдения приверженности терапии; правилам безопасного поведения и др.

Система Школ пациентов, созданная в рамках работы Общероссийской общественной организации «Российский Красный Крест», позволила начать реализацию комплекса работ по профилактике, медико-социальной поддержке и реабилитации граждан, уязвимых к ВИЧ, а также ВИЧ-инфицированных граждан, в том числе получающих необходимое лечение, и их родственников.



Разработанные нормативно-правовые акты

В целях реализации проекта «Здоровье» в части профилактики ВИЧ-инфекции, выявления и лечения больных ВИЧ, гепатитов В и С Минздравсоцразвития России совместно с заинтересованными федеральными органами исполнительной власти разработаны нормативные правовые документы:

постановление Правительства Российской Федерации от 31.12.2009 № 1143 «О закупке и передаче в 2010 году диагностических средств и противовирусных препаратов для профилактики, выявления и лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С, а также оборудования и расходных материалов для неонатального и аудиологического скрининга в учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения»;

приказ Минздравсоцразвития России от 15.03.2010 №146н «Об организации работы Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации по обеспечению закупок и передаче диагностических средств и противовирусных препаратов для профилактики, выявления и лечения лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С, а также оборудования и расходных материалов для неонатального и аудиологического скрининга в учреждениях государственной и муниципальной систем здравоохранения» (зарегистрирован в Минюсте России от 31 марта 2010 года № 16767).

ВОПРОС | Где больным ВИЧ-инфекцией можно получить бесплатные лекарства?

ОТВЕТ

Лекарства можно получить в региональных отделениях СПИД-центров, которые есть в каждом регионе России. Эти центры ведут учет больных, чтобы иметь актуальную информацию о реальном количестве больных, которые нуждаются в лекарственном обеспечении.

В 2010 году 79 430 тыс. россиян, больных ВИЧ-инфекцией, которые состоят на учете в СПИД-центрах, в рамках нацпроекта «Здоровье» получили бесплатно необходимые лекарства. В 2010 году на закупку лекарств из федерального бюджета для больных ВИЧ-инфекцией было выделено 10 млрд рублей.

Выделенные средства на закупку лекарств позволяют полностью удовлетворить заявки региональных СПИД-центров, которые располагают информацией о реальном количестве больных, нуждающихся в лекарственном обеспечении.

Россия — одна из немногих стран мира, которая обеспечивает поставку противовирусных препаратов за счет ассигнований федерального бюджета для лечения ВИЧ-инфицированных в субъектах Российской Федерации с целью вовлечения в процесс большего количества нуждающихся.

Поставки оборудования в государственные и муниципальные учреждения здравоохранения регионов проведены в рамках Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007–2011 годы)» с учетом их заявок в целях совершенствования медицинской помощи.

По подпрограмме «Вирусные гепатиты» в 2010 году обеспечена поставка оборудования в регионы для проведения диагностики больным вирусными гепатитами на сумму 205 284 459,2 рублей.

По подпрограмме «ВИЧ-инфекция» поставлено лабораторное оборудование на сумму 9 800 000,0 рублей.



Планы на 2011 год

- Будет реализовано новое направление в рамках Национального календаря за счет включения в него профилактических прививок против гемофильной инфекции. Таким образом, с 2011 года Национальный календарь в нашей стране будет включать прививки против 11 инфекционных заболеваний.
- В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации в 2011 году предусмотрено выделение субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на закупку диагностических средств для выявления и мониторинга лечения лиц, инфицирован-

ных вирусами иммунодефицита человека и гепатитов В и С. Переход на передачу субсидий субъектам Российской Федерации обусловлен необходимостью более гибкого планирования закупок диагностических средств с учетом имеющегося и постоянно обновляющегося парка оборудования в учреждениях субъектов Российской Федерации, динамикой числа пациентов, находящихся на диспансерном наблюдении и лечении с применением различных схем, оптимальным использованием большинства диагностических средств с учетом сроков их годности.

Государственная политика в области здорового питания

В январе 2010 года Указом Президента Российской Федерации утверждена Доктрина продовольственной безопасности Российской Федерации, в которой определены основные направления государственной экономической политики в сфере обеспечения продовольственной безопасности страны.

Основными задачами государственной политики являются:

- развитие производства внутри страны основных видов продовольственного сырья;
- производство пищевых продуктов, обогащенных полезными незаменимыми компонентами;
- совершенствование организации питания в организованных коллективах, обеспечение полноценным питанием беременных и кормящих женщин, а также детей в возрасте до трех лет, в том числе через специальные пункты питания и магазины, совершенствование диетического питания в лечебно-профилактических учреждениях как неотъемлемой части лечебного процесса;
- разработка образовательных программ для различных групп населения;
- мониторинг состояния питания населения.

В соответствии с пунктом 4 плана мероприятий подготовлен приказ Минздравсоцразвития России от 02.08.2010 № 593н «Об утверждении рекомендаций по рациональным нормам потребления пищевых продуктов, отвечающих современным требованиям здорового питания» (зарегистрирован в Минюсте

России 11 октября 2010 года, регистрационный № 18680).

Эти нормы необходимы для построения профилактических программ, направленных на постепенное изменение сложившейся структуры потребления пищевых продуктов в среднем на одного человека в сторону ее оптимизации.

Однако самой эффективной и экономической выгодной мерой является создание мотивации у населения на здоровье, здоровый образ жизни, в том числе на здоровое питание. Формирование у населения понимания необходимости здорового питания является одним из направлений государственной программы по здоровому образу жизни «Здоровая Россия», проводимой Минздравсоцразвития России.

В рамках программы был создан интернет-портал о здоровом образе жизни www.takzdorovo.ru, включающий специальный раздел «Питание». В нем собраны и постоянно пополняются различные материалы, советы и рекомендации по здоровому питанию. Со страниц сайта можно узнать, как правильно составить свой рацион, каким должен быть режим питания, чего следует избегать или, наоборот, придерживаться. Кроме того, любой желающий сможет задать интересующий вопрос специалистам-диетологам, экспертам Минздравсоцразвития России.

Здесь же с помощью калькулятора калорий можно рассчитать ежедневную норму килокалорий, а также определить индекс массы тела, оптимальный вес и другие полезные показатели.



Также в рамках программы «Здоровая Россия» с 2009 года работает горячая линия по вопросам здорового питания 8-800-200-0-200 (звонок по России бесплатный).

Для распространения в центрах здоровья Минздравсоцразвития России разработало серию информационных материалов по ключевым аспектам здорового образа жизни,

включая информацию о здоровом питании.

Данный комплекс мер направлен не только на улучшение структуры питания населения в наши дни, но и ставит задачу формирования среди населения навыков правильного питания, включая детское население, молодежь, являющиеся основой формирования человеческого потенциала страны.

Формирование Таможенного союза и Единого экономического пространства Республики Беларусь, Республики Казахстан и Российской Федерации

Министерством в 2010 году на постоянной основе велась работа по унификации законодательства в области технического регулирования, применения санитарных, ветеринарных и фитосанитарных мер в рамках Таможенного союза.

В рамках Таможенного союза 11 декабря 2009 года правительствами стран Таможенного союза подписано Соглашение Таможенного союза по санитарным мерам (далее — Соглашение).

Для реализации Соглашения решением Комиссии Таможенного союза от 28.05.2010 № 299 утверждены и вступили в силу с 1 июля 2010 года следующие документы, в подготовке которых принимало активное участие Министерство:

- Единый перечень товаров, подлежащих санитарно-эпидемиологическому надзору (контролю) на таможенной границе и таможенной территории Таможенного союза;
- Единые санитарно-эпидемиологические и гигиенические требования к товарам, подлежащим санитарно-эпидемиологическому надзору (контролю);
- Положение о порядке осуществления государственного санитарно-эпидемиологического надзора (контроля) за лицами и транспортными средствами, пересекающими таможенную границу Таможенного союза, подконтрольными товарами, перемещаемыми через таможенную границу Таможенного союза и на таможенной территории Таможенного союза;
- Единая форма документа, подтверждающего безопасность продукции (товаров).

Также определены уполномоченные органы государств-членов Таможенного союза в сфере применения санитарных мер Республики Беларусь, Республики Казахстан и Российской

Федерации, и информация о них размещена на официальном сайте Таможенного союза.

В 2010 году в Соглашение Таможенного союза по санитарным мерам от 11 декабря 2009 года внесены изменения, которые направлены на совершенствование правового регулирования в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения и подготовлены с учетом предусмотренных Российской Федерацией мероприятий по совершенствованию контрольно-надзорных и разрешительных функций.

При этом из Соглашения исключается санитарно-эпидемиологическое заключение как документ, подтверждающий безопасность продукции.

Единственным документом, подтверждающим безопасность продукции, в соответствии с Соглашением является свидетельство о государственной регистрации, выдаваемое на строго ограниченный перечень подконтрольных товаров высокого риска, утверждаемый Комиссией Таможенного союза.

Кроме того, во избежание двойного регулирования подконтрольных товаров в рамках санитарного законодательства и законодательства о техническом регулировании протоколом вводятся нормы, в соответствии с которыми единые санитарно-эпидемиологические и гигиенические требования Таможенного союза действуют до вступления в силу технических регламентов Таможенного союза на данный вид подконтрольных товаров.

Решением Комиссии Таможенного союза от 18 ноября 2010 года № 453 (г. Санкт-Петербург) в целях реализации Соглашения о единых принципах и правилах технического регулирования в Республике Беларусь, Республике Казахстан и Российской Федерации утверждены:



- План мероприятий по реализации Соглашения о единых принципах и правилах технического регулирования в Республике Беларусь, Республике Казахстан и Российской Федерации;

- Положение о порядке разработки, принятия, внесения изменений и отмены технического регламента Таможенного союза.

Разработан Единый перечень продукции, в отношении которой устанавливаются обязательные требования в рамках Таможенного союза.

В настоящее время ведется работа по подготовке первой редакции для публичного обсуждения указанных проектов.

Министерство принимает участие в рассмотрении технических регламентов, разработка которых предусмотрена графиком.

Министерство проводит работу по подготовке предложений с участием представителей бизнес-сообщества по упрощению оформления товаров и грузов, снижения административных барьеров и оптимизации контрольно-надзорных и разрешительных функций рамках Таможенного союза и Единого экономического пространства Республики Беларусь, Республики Казахстан и Российской Федерации.

Реализуется план переноса согласованных видов государственного контроля на внешнюю границу Таможенного союза в части, касающейся российско-казахстанской границы в соответствии с сетевым графиком мероприятий к плану по переносу санитарно-карантинного контроля на внешнюю границу Таможенного союза.

Планы на 2011 год

- 1 декабря 2009 года в Правительство Российской Федерации внесен проект федерального закона о ратификации Протокола о внесении изменений в Соглашение Таможенного союза по санитарным мерам, и 11 февраля 2011 года планируется рассмотрение его в Государственной Думе Федерального Собрания.

- Изменения, предусмотренные Протоколом, будут способствовать снятию административных барьеров и увеличению товарооборота при одновременном выполнении государствами-членами Таможенного союза международных обязательств в области

обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения на таможенной территории Таможенного союза.

- Восьмого декабря 2010 года решением № 492 Комиссией Таможенного союза утвержден График разработки в 2011 году первоочередных технических регламентов Таможенного союза (далее — График), согласно которому ответственным за разработку проектов технических регламентов «О безопасности средств индивидуальной защиты» и «О безопасности пищевой продукции» является Министерство.



КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

Подготовка кадров с высшим медицинским и фармацевтическим образованием в России осуществляется в 47 вузах Минздравсоцразвития России, а также на медицинских факультетах государственных университетов Минобрнауки России, количество которых постоянно увеличивается и приближается к 30.

В 2010 году контрольные цифры приема в вузы сокращены в среднем на 10% и составили 21,3 тыс. человек.

В соответствии с требованиями действующего законодательства об образовании в 2010 году набор выпускников медицинских и фармацевтических вузов для обучения в интернатуре был организован только в образовательные учреждения высшего профессионального образования, образовательные учреждения дополнительного профессионального образования и научные организации, имеющие соответствующие лицензии. В связи с этим Министерством в 2010 году увеличен план приема в интернатуру до 17 тыс. человек, что позволило привести объемы подготовки специалистов на этапе послевузовского профессионального образования (интернатура, клиническая ординатура, аспирантура) в соответствие с фактическим количеством выпускников подведомственных Минздравсоцразвития России вузов, получивших высшее медицинское и фармацевтическое образование на бюджетной основе. В 2011 году планируется увеличение количества бюджетных мест в интернатуре до 20 тыс.

Подготовка врачей-специалистов осуществляется также в клинической ординатуре в соответствии с действующей номенклатурой специальностей. Контрольные цифры приема в клиническую ординатуру составили 5,8 тыс. мест в образовательных учреждениях высшего и дополнительного профессионального образования, научно-исследовательских организациях.

В аспирантуру в подведомственные образовательные учреждения и научные организации было зачислено 2,7 тыс. человек.

Действующая система дополнительного профессионального образования позволяет специалистам здравоохранения повышать уровень профессиональных знаний и практических

навыков по различным формам обучения не реже одного раза в 3–5 лет. Ежегодно в учреждениях системы проходят обучение более 200 тыс. врачей и провизоров.

В образовательных учреждениях ведется активная работа по внедрению системы менеджмента качества, основой которой является мониторинг процессов предоставления вузом образовательных услуг, ориентированный как на удовлетворение потребности лечебно-профилактических учреждений в специалистах различного профиля и квалификации, так и на удовлетворение личных потребностей студента.

Получила дальнейшее развитие система непрерывного медицинского образования, включая этап довузовской подготовки в медицинских классах (лицах), организованных в общеобразовательных школах и в большинстве медицинских и фармацевтических вузов. Организация медицинских классов и лицеев проводится не только в административных центрах, но и в отдаленных территориях: сельской местности, районах Крайнего Севера. Обучение школьников осуществляется с участием профессорско-преподавательского состава высших медицинских учебных заведений, что существенно повышает уровень подготовки абитуриентов.

В подведомственных вузах введена контрактная форма подготовки врачей и провизоров, предусматривающая заключение трехсторонних договоров между обучающимся, образовательным учреждением и органом управления здравоохранением (органом исполнительной власти) субъекта Российской Федерации.

В то же время опыт, накопленный вузами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации в этом направлении, позволяет сделать вывод о необходимости развития договорных отношений со студентами, обучающимися в рамках государственного задания на подготовку специалистов. Начиная с 2011 года Минздравсоцразвития России планирует заключение четырехсторонних договоров — к имеющимся сторонам добавляется конкретный работодатель. Подготовка указанных специалистов



осуществляется за счет средств федерального бюджета, однако для привлечения к своему региону руководство может предусматривать ряд социальных льгот или иных поощрений для студента.

Кроме того, одним из путей решения проблем кадрового обеспечения отрасли является целевой прием абитуриентов с привлечением руководства заинтересованного субъекта Российской Федерации к отбору претендентов для поступления в вуз и подготовке требуемого количества специалистов с высшим образованием для указанного региона.

В основу стратегии развития медицинского образования Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации заложило необходимость подготовки, переподготовки и повышения квалификации специалистов отрасли с учетом потребности органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации в конкретных специалистах.

С этой целью в подведомственных образовательных учреждениях организованы дополнительные циклы, в полном объеме обеспечивающие повышение квалификации врачей-специалистов, оказывающих помощь больным с социально значимыми заболеваниями: туберкулез, болезни сердечно-сосудистой системы, онкологические заболевания, болезни, передаваемые половым путем, психические болезни, наркомания и т.д. Начата подготовительная работа по реализации

комплекса мер по профессиональной переподготовке врачей в рамках региональных программ по снижению напряженности на рынке труда субъектов Российской Федерации и программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации на 2011–2012 годы.

В рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» в 2011 году планируется подготовка врачей-неонатологов и повышение их квалификации с учетом потребности субъектов Российской Федерации в подготовке данной категории специалистов.

Одна из первоочередных задач на ближайшую перспективу — подготовка и профессиональная переподготовка работников здравоохранения, особенно для работы в первичном звене. С 2010 года подготовка и переподготовка участковых врачей, врачей общей практики, врачей скорой медицинской помощи осуществляется образовательными учреждениями высшего и дополнительного профессионального образования за счет средств федерального бюджета.

На сегодняшний день одним из основных требований рынка труда является необходимость подготовки конкурентоспособных специалистов такого уровня и качества, которые отвечали бы текущим и перспективным потребностям общества.

Результатом совместной работы Министерства и межрегиональных общественных организаций (Совет ректоров медицинских



и фармацевтических вузов России, Совет директоров средних медицинских и фармацевтических образовательных учреждений) стала разработка нового поколения федеральных государственных образовательных стандартов высшего и среднего профессионального образования по специальностям группы «Здравоохранение», часть из которых утверждена уже в 2010 году.

Принципиальным отличием новых образовательных стандартов является увеличение доли практической подготовки выпускников, чем обеспечивается их готовность к самосто-

ятельной профессиональной деятельности в амбулаторно-поликлинических учреждениях (первичное звено здравоохранения) непосредственно после окончания вуза.

В 2010 году Министерством созданы учебно-методические комиссии по направлениям (специальностям) подготовки, которыми разрабатываются примерные учебные программы по отдельным дисциплинам учебных планов и блокам дисциплин. В 2011 году работу по методическому обеспечению новых образовательных стандартов планируется завершить.



МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ
РОССИИ

Государственное регулирование и развитие рынка труда

За год численность
безработных граждан
снизилась на

558

тыс. человек

За 2010 год общая численность
безработных (по методологии
МОТ) снизилась на

12,65%

В период кризиса государственная политика в области содействия занятости осуществляется в рамках постоянно действующих мер содействия занятости населения, а также дополнительных мероприятий по снижению напряженности на рынке труда.

В 2008–2010 годах в результате принятых Правительством Российской Федерации антикризисных мер удалось стабилизировать ситуацию на рынке труда и не допустить неконтролируемого роста численности безработных, зарегистрированных в органах службы занятости.

**Снижение
безработицы
происходит
на фоне
сокращения
неполной
занятости**



В 2008–2010 годах в результате принятых Правительством РФ антикризисных мер удалось стабилизировать ситуацию на рынке труда и не допустить неконтролируемого роста численности безработных, зарегистрированных в органах службы занятости.

В период кризиса государственная политика в области содействия занятости осуществляется в рамках постоянно действующих мер содействия занятости населения, а также дополнительных мероприятий по снижению напряженности на рынке труда.

С конца февраля 2010 года наблюдалось увеличение численности занятого в экономике населения. За март–декабрь 2010 года этот показатель вырос на 1,6 млн человек (2,3%) и на конец декабря составил 69,6 млн человек.

К концу декабря 2010 года общая численность безработных (по методологии МОТ) снизилась на 15,99% (1,0 млн человек) по сравнению с мартом 2010 года (6,4 млн человек) и составила 5,4 млн человек.

Уровень общей безработицы по Российской Федерации на конец декабря 2010 года составил 6,9% от численности экономически активного населения (в марте 2010 года — 8,6%).

С 24 февраля 2010 года отмечается еженедельное снижение численности безработных граждан, зарегистрированных в органах службы занятости. По состоянию на 31 декабря 2010 года численность безработных граждан снизилась на 31,1%, или 711,8 тыс. человек, и составила 1589,4 тыс. человек.

Уровень регистрируемой безработицы по Российской Федерации снизился по сравне-

нию с 1 марта 2010 года на 0,9 п.п. и на 31 декабря 2010 года составил 2,1%. Коэффициент напряженности на рынке труда, рассчитанный как отношение численности незанятых граждан к количеству вакансий, в среднем по Российской Федерации за указанный период снизился с 2,9 до 1,8 единиц.

Снижение безработицы происходит на фоне сокращения неполной занятости. Численность работников, находящихся в режиме неполной занятости, снизилась со своего максимального значения 1,67 млн человек (по состоянию на 12 января 2011 года). В том числе снизилась за указанный период численность работников, находившихся в простое по вине администрации, на 72% (на 128,9 тыс. человек), численность работников, которым были предоставлены отпуска по инициативе администрации — на 79,4% (на 106,9 тыс. человек), численность работников, работавших неполное рабочее время по инициативе работодателя — на 66,3% (на 803,7 тыс. человек).

Значительно снизилась численность работников, предполагаемых к увольнению. После достижения в июне 2010 года максимального значения 555,4 тыс. человек их численность снижалась в среднем на 13,0% в месяц и на декабрь 2010 года составила 245,9 тыс. человек.

Растет потребность работодателей в работаниках. С января по декабрь 2010 года общее количество заявленных в органы службы занятости вакансий возросло на 497,6 тыс. единиц и составило 1,26 млн единиц.

СИТУАЦИЯ НА РЫНКЕ ТРУДА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

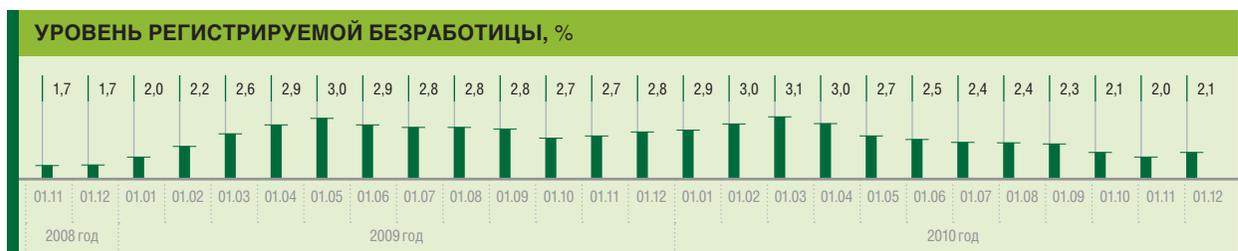
	Апрель 2008 года	Октябрь 2008 года	Апрель 2009 года	Октябрь 2009 года	Январь 2010 года	Август 2010 года	Декабрь 2010 года
Экономически активное население	76,6 млн чел. более 53%	75,9 млн чел. более 53%	75,6 млн чел. 53%	75,8 млн чел. 53%	74,6 млн чел. более 52%	76,5 млн чел. около 54%	75,0 млн чел. около 53%
от общей численности населения страны							
Экономически активное население, занятое в экономике	72,1 млн чел.	70,6 млн чел.	68,9 млн чел.	70,0 млн чел.	69,4 млн чел.	71,2 млн чел.	62,6 млн чел.
Не имели доходного занятия, но активно его искали	4,5 млн чел. 5,8%	5,3 млн чел. 7%	6,7 млн чел. 8,8%	5,8 млн чел. 7,7%	6,8 млн чел. 9,2%	5,2 млн чел. 6,9%	5,4 млн чел. 7,2%
от экономически активного населения страны							
Из них							
Численность безработных, зарегистрированных в органах службы занятости	1,29 млн чел. 1,7%	1,3 млн чел. 1,7%	2,27 млн чел. 3,0%	2,01 млн чел. 2,7%	2,2 млн чел. 2,9%	1,69 млн чел. 2,4%	1,59 млн чел. 2,1%
от экономически активного населения страны							
Коэффициент напряженности на рынке труда	1,0	1,3	2,4	2,3	3,1	1,5	1,8



ДИНАМИКА ЧИСЛЕННОСТИ БЕЗРАБОТНЫХ ГРАЖДАН, ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ В ОРГАНАХ СЛУЖБЫ ЗАНЯТОСТИ (с 1 ноября 2008 года)



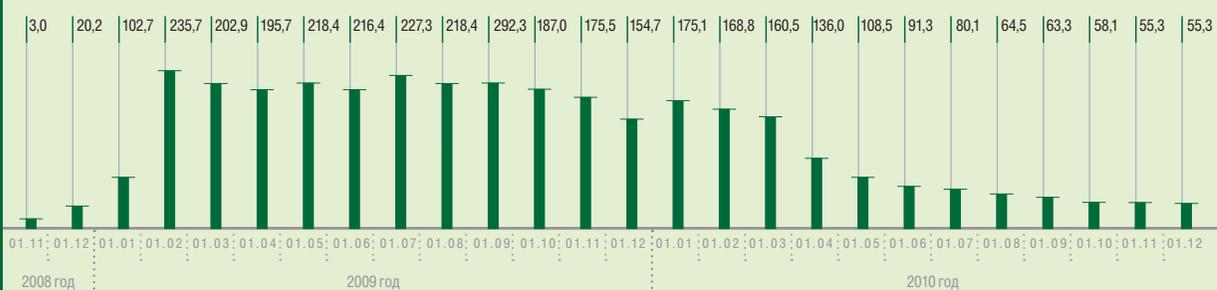
ДИНАМИКА УРОВНЯ ОБЩЕЙ И РЕГИСТРИРУЕМОЙ БЕЗРАБОТИЦЫ (с 1 ноября 2008 года)



ДИНАМИКА ВВЕДЕНИЯ РЕЖИМОВ НЕПОЛНОГО РАБОЧЕГО ВРЕМЕНИ, ПРОСТОЯ, ОТПУСКОВ ПО ИНИЦИАТИВЕ АДМИНИСТРАЦИИ (с 1 ноября 2008 года)

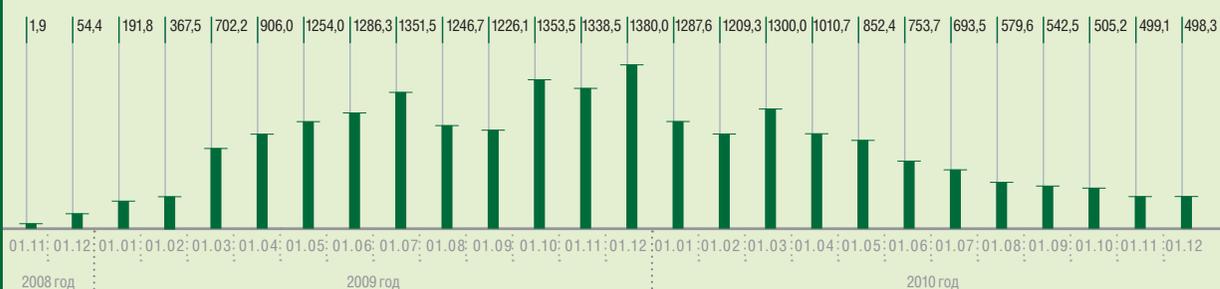
ЧИСЛЕННОСТЬ РАБОТНИКОВ, НАХОДЯЩИХСЯ В ПРОСТОЕ ПО ВИНЕ РАБОТОДАТЕЛЯ, тыс. человек

МАХ значение в феврале 2009 года — 235,7 тыс. человек. По состоянию на 1 декабря 2010 года — 55,3 тыс. человек



ЧИСЛЕННОСТЬ РАБОТНИКОВ, РАБОТАЮЩИХ НЕПОЛНОЕ РАБОЧЕЕ ВРЕМЯ ПО ИНИЦИАТИВЕ АДМИНИСТРАЦИИ, тыс. человек

МАХ значение в декабре 2009 года — 138,0 тыс. человек. По состоянию на 1 декабря 2010 года — 498,3 тыс. человек



ЧИСЛЕННОСТЬ РАБОТНИКОВ, КОТОРЫМ БЫЛИ ПРЕДОСТАВЛЕНЫ ОТПУСКА ПО ИНИЦИАТИВЕ АДМИНИСТРАЦИИ, тыс. человек

МАХ значение в марте 2010 года — 159,7 тыс. человек. По состоянию на 1 декабря 2010 года — 38,9 тыс. человек



Численность работников организаций, находящихся в режиме неполной занятости (неполного рабочего времени, простое, отпуске по инициативе администрации) по состоянию на 12 января 2011 года составила 487,1 тыс. человек. Максимальная численность отмечалась 1 декабря 2009 года и составляла 1675,9 тыс. человек.



ОСНОВНЫЕ МЕРЫ В ОБЛАСТИ СОДЕЙСТВИЯ ЗАНЯТОСТИ НАСЕЛЕНИЯ

В 2010 году для повышения конкурентоспособности безработных граждан и снижения напряженности на рынке труда были увеличены нормативы доступности государственных услуг в области содействия занятости населения и нормативы затрат на их предоставление по мероприятиям активной политики занятости населения.

На социальную поддержку безработных граждан, включая выплату пособия по безработице, в федеральном бюджете было предусмотрено 88,7 млрд рублей, что на 12,8% больше, чем в 2009 году (77,4 млрд рублей).

Численность граждан, обратившихся за предоставлением государственных услуг в органы службы занятости, за период январь–декабрь 2010 года составила 12 235,5 тыс. человек, в том числе за содействием в поиске подходящей работы обратилось 6413,3 тыс. человек. Признано в установленном порядке безработными 3539,2 тыс. граждан.

Получателями пособия по безработице, минимальная величина которого составила 850 рублей, максимальная — 4900 рублей, стали более 3,5 млн граждан.

В мероприятиях активной политики занятости за год приняли участие более 6,9 млн человек, в том числе:

- по социальной адаптации безработных граждан на рынке труда — 275,1 тыс. человек;
- по организации профессиональной ориентации населения — 3746,9 тыс. человек;
- по психологической поддержке — 243,9 тыс. безработных граждан;
- по организации оплачиваемых общественных работ — 792,9 тыс. человек;
- по организации временного трудоустройства несовершеннолетних граждан в возрасте от 14 до 18 лет в свободное от учебы время — 965,5 тыс. человек;
- по организации временного трудоустройства безработных граждан, испытывающих трудности в поиске работы, — 84,9 тыс. человек;
- по организации временного трудоустройства безработных граждан в возрасте от 18 до 20 лет из числа выпускников учреждений начального и среднего профессионального образования, ищущих работу впервые, — 24,8 тыс. человек;
- по содействию самозанятости безработных граждан — 285,5 тыс. человек;
- по профессиональной подготовке, переподготовке и повышению квалификации безработных граждан — 456,0 тыс. человек;
- по адресной поддержке граждан, переселяющихся для работы в сельскую местность, — 324 семьи (1000 человек);
- по адресной поддержке переезжающих в другую местность для трудоустройства — 3964 граждан.

ВОПРОС

Почему в центре занятости населения (ЦЗН) предлагают работу и обучение преимущественно по рабочим специальностям?

ОТВЕТ

В настоящее время российские предприятия испытывают высокую потребность в рабочих. Именно поэтому, чтобы удовлетворить спрос квалифицированных рабочих на рынке труда и способствовать обновлению экономики страны, органы службы занятости предлагают вакансии и курсы профобучения, переподготовки и повышения квалификации преимущественно по рабочим специальностям. Кроме того, в формировании программ обучения принимают активное участие и работодатели, заинтересованные в сохранении своих работников или в привлечении новых, с нужными умениями.

Стоит отметить, что центры занятости населения обладают самой обширной базой по вакансиям — организации любой отрасли обязаны предоставлять сведения о свободных рабочих местах в ЦЗН.



Региональные программы по снижению напряженности на рынке труда

Приняв во внимание положительный эффект региональных программ по снижению напряженности на рынке труда в 2008–2009 годах, в 2010 году Правительство РФ продолжило реализацию дополнительных мероприятий.

Основные задачи, решаемые региональными программами:

- повышение конкурентоспособности и трудовой мобильности работников, находящихся под риском увольнения, безработных граждан и граждан, ищущих работу;
- создание временных рабочих мест;
- содействие самозанятости населения.

На реализацию региональных программ в 2010 году в федеральном бюджете было предусмотрено 40,5 млрд рублей.

Участниками региональных программ стали около 2 млн человек (ищущих работу, официально зарегистрированных безработных, работников, находящихся под угрозой увольнения).

ОБЩЕСТВЕННЫЕ РАБОТЫ И ВРЕМЕННОЕ ТРУДОУСТРОЙСТВО

В подпрограмме приняли участие работники организаций, вынужденных пойти на сокращение рабочего времени сотрудников, предоставление отпусков, сокращение штата, а также безработные и ищущие работу.

На организацию общественных и временных работ общие кассовые расходы (ОКР) составили 15,8 млрд рублей для участия 1449,6 тыс. человек. Государство субсидировало расходы на заработную плату участникам программы. Особую эффективность мероприятие показало в моногородах, в большей степени испытавших на себе влияние мирового финансового кризиса.

Отрасли, в которых предлагались общественные работы в 2010 году, — обрабатывающие производства; сельское и лесное хозяйство; строительство; здравоохранение; образование; транспортные, коммунальные, социальные услуги; благоустройство территорий; ремонт дорог и др.

СТАЖИРОВКА ВЫПУСКНИКОВ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Выпускники профессиональных образовательных учреждений, которые после окончания обучения не нашли работу, смогли воспользоваться возможностью пройти стажировку. ОКР составили 1,8 млрд рублей; в программе приняло участие 115,9 тыс. человек.

Стажеры познавали практическую сторону своей или смежной специальности под руководством опытных наставников. После прохождения стажировки около половины участников программы смогли устроиться на работу.

Государство компенсировало расходы на заработную плату стажеров и наставников.

ОПЕРЕЖАЮЩЕЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБУЧЕНИЕ РАБОТНИКОВ, НАХОДЯЩИХСЯ ПОД УГРОЗОЙ УВОЛЬНЕНИЯ

На организацию опережающего профессионального обучения работников, находящихся под угрозой увольнения (вынужденных работать неполный рабочий день, находиться в отпуске без сохранения заработной платы или уведомленные о сокращении), ОКР составили 1,2 млн рублей. Численность участников — 137,9 тыс. человек.

Обучение проходило с учетом особенностей рынка труда и экономической ситуации в регионе, в котором проживает работник. Самые востребованные специальности, по которым проводилось обучение, — водитель, электромонтер по ремонту и обслуживанию электрооборудования, электрогазосварщик, слесарь механосборочных работ, слесарь-ремонтник, автослесарь, фрезеровщик, облицовщик-плиточник, монтажник железнодорожного пути, машинист-оператор, оператор станков с ЧПУ, плотник, каменщик, столяр, бухгалтер, повар, продавец непродовольственных товаров, механизатор, тракторист-машинист.

Стоит отметить, что каждый пятый из обучившихся проживает в монопрофильном населенном пункте. Также среди обучившихся есть и те, кто, думая о своем будущем, отправля-



ется учиться в другую местность (государство компенсировало транспортные расходы).

СОДЕЙСТВИЕ ТРУДОУСТРОЙСТВУ ИНВАЛИДОВ

Для трудоустройства инвалидов заключены договоры с 2716 организациями на общую сумму 149,3 млн рублей. Численность участников составила 5,2 тыс. человек.

Работодателям выплачивалось по 30 тыс. рублей на организацию рабочего места для инвалида. Средства направлялись на приобретение и установку специального оборудования, необходимого для оснащения рабочего места, установку пандусов, расширение дверных проемов, закупку специальных аудиопрограмм для слабовидящих и слепых людей и др.

Рабочие места, созданные для инвалидов в рамках дополнительных мер, не являются временными; новые штатные единицы включаются в штатное расписание организации.

Специальные рабочие места оснащаются преимущественно для людей с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой системы, слуха, зрения, имеющих нервно-психические и онкологические заболевания. Организация рабочего места инвалида осуществляется в соответствии с его индивидуальной программой реабилитации.

АДРЕСНАЯ ПОДДЕРЖКА ГРАЖДАНМ, ВКЛЮЧАЯ ОРГАНИЗАЦИЮ ИХ ПЕРЕЕЗДА В ДРУГУЮ МЕСТНОСТЬ ДЛЯ ЗАМЕЩЕНИЯ РАБОЧИХ МЕСТ

На оказание адресной поддержки гражданам, включая организацию их переезда в другую местность для замещения рабочих мест, ОКР составили 361,9 млн рублей. Численность участников составила 9,0 тыс. человек. Официально зарегистрированным безработным и ищущим работу компенсировались затраты:

- на наем жилья в размере фактических расходов, но не более 550 рублей в сутки на срок не более 3 месяцев;
- транспортные расходы по переезду в другую местность для замещения рабочих мест, включая проезд к месту работы и обратно, — в размере фактических расходов, подтвержденных документами;
- суточные расходы за время следования к месту работы и обратно из расчета 100 рублей за каждый день нахождения в пути.

СОДЕЙСТВИЕ САМОЗАНЯТОСТИ БЕЗРАБОТНЫХ ГРАЖДАН И СТИМУЛИРОВАНИЕ СОЗДАНИЯ БЕЗРАБОТНЫМИ ГРАЖДДАНАМИ, ОТКРЫВШИМИ СОБСТВЕННОЕ ДЕЛО, ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ РАБОЧИХ МЕСТ

В рамках подпрограммы по содействию самозанятости безработных граждан и стимулированию создания безработными гражданами, открывшими собственное дело, дополнительных рабочих мест для трудоустройства безработных граждан ОКР составили 15,9 млрд рублей. Численность участников — 199 тыс. человек. На субсидию в 58,8 тыс. рублей фактически открыли собственное дело (зарегистрировались в качестве индивидуальных предпринимателей, крестьянских (фермерских) хозяйств или юридических лиц) 151,5 тыс. человек, из них 99,0 тыс. человек в сельской местности (72,5% от общего количества рабочих мест, созданных в сфере малого бизнеса).

В 2010 году предприниматели из числа бывших безработных создали дополнительно 67,9 тыс. рабочих мест, на которые были приняты официально зарегистрированные безработные.

Россияне, открывшие собственное дело в 2009 году, в январе–сентябре 2010 года создали 11,4 тыс. дополнительных рабочих мест для трудоустройства безработных граждан.

ВОПРОС

Выделяемая субсидия в 58,8 тыс. рублей — недостаточная сумма для открытия бизнеса. Наверняка, существенная часть созданных организаций прекращает свое существование через несколько месяцев?

ОТВЕТ

По данным Роструда, закрепляемость малого бизнеса, организованного бывшими безработными в 2009 и начале 2010 года, составляет 95–98%, т.е. практически все предприниматели продолжают свою деятельность. На выделяемую сумму бывшие безработные открывают бизнес в таких областях, как животноводство и растениеводство; пошив, ремонт одежды и обуви; транспортные услуги; организация досуга и отдыха; услуги в сфере ЖКХ; общественное питание; кузнечное дело и др.



ОПЕРЕЖАЮЩЕЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБУЧЕНИЕ ШТУРМАНОВ И БОРТИНЖЕНЕРОВ

В рамках подпрограммы по опережающему профессиональному обучению штурманов и бортинженеров, увольняемых в связи с реорганизацией и (или) переходом авиакомпаний на современные воздушные суда, прошли переобучение 100 сотрудников авиакомпаний из Оренбургской области, г. Санкт-Петербурга, Республики Татарстан, Новосибирской области, Свердловской области, г. Москвы, Московской области, Ростовской области. Обучение проходило в Ульяновском высшем авиационном училище гражданской авиации и Санкт-Петербургском университете гражданской авиации.

СОДЕЙСТВИЕ ЗАНЯТОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В МОНОГОРОДАХ

В 2010 году на реализацию мероприятий в моногородах заключены договоры с 9884 организациями. ОКР составили 6,4 млрд рублей. Фактически в мероприятиях участвовало 425,0 тыс. человек, проживающих в монопрофильных населенных пунктах, из которых:

- опережающее профессиональное обучение проходили 39,3 тыс. человек;
- в общественных и временных работах участвовали 333,4 тыс. человек;
- проходили стажировку 20,2 тыс. человек;
- получили поддержку в открытии собственного дела 33,2 тыс. человек;
- переехали в другую местность с целью временного трудоустройства 1,5 тыс. человек;
- трудоустроено 893 инвалида.

ИНФОРМАЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА СНИЖЕНИЕ НАПРЯЖЕННОСТИ НА РЫНКЕ ТРУДА

В 2010 году продолжена реализация коммуникационной кампании по поддержке дополнительных мероприятий, направленных на снижение напряженности на рынке труда в России.

Основные задачи кампании:

- информирование граждан о мерах, принимаемых государством для снижения напряженности на рынке труда;
- информирование о способах получения информации о трудоустройстве (Интернет, центры занятости населения и др.);

- направление в органы службы занятости потерявших работу граждан и работников, находящихся под угрозой увольнения.

На реализацию информподдержки из федерального бюджета израсходовано 39,6 млн рублей.

С февраля по июнь в эфире телеканалов 60 регионов России были показаны видеоролики о государственных мерах по содействию развитию малого предпринимательства и самозанятости безработных граждан, созданных и подтвердивших свою эффективность в предыдущем году.

С 1 июля велась разработка материалов единой информационной кампании в сфере труда и занятости населения — видеороликов, плакатов, баннеров. В основе коммуникационной кампании, получившей название «Главное — начать» — борьба с внутренними барьерами человека, которые мешают ему сделать конкретный шаг — обратиться в центр занятости населения. Материалы кампании были разработаны с учетом специфики конкретного региона. Видеоролики, наружная реклама, реклама в прессе показывали самые востребованные профессии на рынке каждого региона России и напрямую говорили о том, что работа с соответствующим размером оклада есть и главное — начать, принять решение и обратиться в центр занятости населения. В сентябре–октябре 2010 года кампания охватила все регионы России.

В октябре–ноябре были выпущены материалы, рассказывающие о возможностях участия в программе стажировки выпускников профессиональных образовательных учреждений, в том числе анимационный ролик в сети Интернет, который набрал более 124 000 просмотров и инициировал более 40 дискуссий в тематических сообществах. Функционирует тематический промосайт www.glavnoenachat.ru.

В декабре видеоролик, рассказывающий о возможностях участия граждан в программе опережающего профессионального обучения, выходил в эфире ведущих телеканалов («Первый», «Россия», НТВ, СТС, ТНТ, РЕН).

Для отслеживания отношения общества к проводимым дополнительным мероприятиям по снижению напряженности на рынке труда и оценки уровня информированности граждан Минздравсоцразвития России проводит ежегодное исследование общественного мнения и регулярный мониторинг информационного поля федеральных и региональных СМИ.



Планы на 2011 год

В 2011 году Правительство РФ с учетом экономической ситуации в стране и особенностей региональных рынков труда продолжит реализацию программ дополнительных мероприятий. Средства будут направлены на:

- опережающее профессиональное обучение и стажировку работников, находящихся под угрозой увольнения, работников организаций производственной сферы, осуществляющих реструктуризацию и модернизацию производства в соответствии с инвестиционными программами;
- опережающее профессиональное обучение и стажировку женщин, работающих во вредных и тяжелых условиях труда, с целью их вывода с вредного производства;
- профессиональную подготовку, переподготовку и повышение квалификации женщин, находящихся в отпуске по уходу за ребенком до трех лет, планирующих возвращение к трудовой деятельности;
- организацию общественных работ, временного трудоустройства работников системообразующих и градообразующих предприятий, находящихся под угрозой увольнения, а также признанных в установленном порядке безработными граждан и граждан, ищущих работу, проживающих в монопрофильных населенных пунктах с напряженной ситуацией на рынке труда;
- стажировку выпускников образовательных учреждений в целях приобретения ими опыта работы;
- содействие трудоустройству незанятых инвалидов (субсидия на организацию рабочего места увеличится до 50 тыс. рублей), родителей, воспитывающих детей-инвалидов, многодетных родителей;
- содействие самозанятости безработных граждан и стимулирование создания безработными гражданами, открывшими собственное дело, дополнительных рабочих мест для трудоустройства безработных граждан;
- оказание адресной поддержки гражданам, обратившимся в органы службы занятости в целях поиска работы, включая организацию их переезда в другую местность для замещения рабочих мест, создаваемых в том числе в рамках реализации федеральных целевых программ и инвестиционных программ;
- профессиональную подготовку, переподготовку и повышение квалификации в ведущих российских и зарубежных образовательных учреждениях работников организаций, осуществляющих деятельность в субъектах Российской Федерации, входящих в состав Северо-Кавказского федерального округа;
- стажировку работников организаций, осуществляющих деятельность в субъектах Российской Федерации, входящих в состав Северо-Кавказского федерального округа; признанных в установленном порядке безработными граждан, проживающих в субъектах Российской Федерации, входящих в состав Северо-Кавказского федерального округа, в организациях, в том числе зарубежных, применяющих передовые технологии, с целью совершенствования профессиональных навыков;
- стимулирование работодателей, осуществляющих деятельность в субъектах Российской Федерации, не входящих в состав Северо-Кавказского федерального округа, к замещению вакантных рабочих мест (вакантных должностей) признанными в установленном порядке безработными гражданами и гражданами, ищущими работу, проживающими в субъектах Российской Федерации, входящих в состав Северо-Кавказского федерального округа, и др.

На эти цели в бюджете Российской Федерации предусмотрено 27,8 млрд рублей.



РЕГУЛИРОВАНИЕ ПРИВЛЕЧЕНИЯ ИНОСТРАННЫХ РАБОТНИКОВ

ВОПРОС | *Что предпринимает государство для регулирования потока иностранной рабочей силы?*

ОТВЕТ | Правительство РФ продолжает совершенствовать механизмы по регулированию рынка труда в части привлечения иностранных работников. Вносимые в законодательство изменения способствуют более точной оценке потребности в привлечении иностранцев и росту доли квалифицированных и высококвалифицированных специалистов, приезжающих в Россию работать.

Для поддержания оптимального баланса трудовых ресурсов и содействия в приоритетном порядке трудоустройству россиян Правительство РФ ежегодно определяет потребность в привлечении иностранных работников, в том числе по приоритетным профессионально-квалификационным группам, с учетом политической, экономической, социальной и демографической ситуации.

Основными причинами привлечения иностранных работников в Российскую Федерацию являются:

- реализация инвестиционных проектов с участием иностранного капитала;
- применение импортного технологического оборудования, нуждающегося в установке, наладке и обслуживании квалифицированными иностранными специалистами;
- использование современных технологий в строительстве, соблюдение качества и сроков выполнения строительных работ;
- потребность в сфере ЖКХ, предоставление услуг населению.

Потребность в привлечении в Российскую Федерацию иностранных работников на 2010 год определена в количестве 1 944 356 человек (постановление Правительства Российской Федерации от 28.11.2009 № 961 «Об определении на 2010 год потребности в привлечении в Российскую Федерацию иностранных работников»).

Потребность в 2010 году составляет 48,9% от потребности 2009 года, при этом распределение потребности по приоритетным профессионально-квалификационным группам отражает тенденции развития рынка труда, сопровождающиеся увеличением спроса на

квалифицированные рабочие кадры, потребность в которых составляла 71,8% от потребности на 2010 год, в то время как в 2009 году она составляла 65%.

Наибольшая потребность в привлечении иностранных работников в 2010 году приходится на следующие профессионально-квалификационные группы:

- руководители учреждений, организаций и предприятий и их структурных подразделений (служб) — 191 854 человека, что составляет 94,9% от потребности в привлечении иностранных работников данной профессионально-квалификационной группы в 2009 году;
- работники сферы индивидуальных услуг и защиты граждан и собственности — 75 703 человека, что составляет 44% от потребности в привлечении иностранных работников данной профессионально-квалификационной группы в 2009 году;
- рабочие, занятые на горных, горно-капитальных и на строительно-монтажных и ремонтно-строительных работах, — 584 450 человек, что составляет 44,4% от потребности в привлечении иностранных работников данной профессионально-квалификационной группы в 2009 году;
- рабочие металлообрабатывающей и машиностроительной промышленности — 90 554 человека, что составляет 47,5% от потребности в привлечении иностранных работников данной профессионально-квалификационной группы в 2009 году;
- водители и машинисты подвижного оборудования — 107 004 человека, что составляет 51,5% от потребности в привлечении иностр-



- ранных работников данной профессионально-квалификационной группы в 2009 году;
- другие профессии квалифицированных рабочих крупных и мелких промышленных предприятий — 70 154 человека, что составляет 54,6% от потребности в привлечении иностранных работников данной профессионально-квалификационной группы в 2009 году;
 - квалифицированные работники товарного сельскохозяйственного производства, лесного и охотничьего хозяйств, рыбоводства и рыболовства, имеющие рыночную ориентацию, — 103 316 человек, что составляет 46,5% от потребности в привлечении иностранных работников данной профессионально-квалификационной группы в 2009 году. Кроме того, потребность в привлечении иностранных работников в 2010 году по иным профессионально-квалификационным группам составила:
 - неквалифицированные рабочие, общие для всех отраслей экономики, — 454 069 человек, что составляет 41,3% от потребности в привлечении иностранных работников данной профессионально-квалификационной группы в 2009 году;
 - операторы, аппаратчики, машинисты и слесари-сборщики стационарного оборудования — 72 764 человека, что составляет 50,6% от потребности в привлечении иностранных работников данной профессионально-квалификационной группы в 2009 году;
 - операторы, аппаратчики и машинисты промышленных установок — 34 096 человек, что составляет 62,2% от потребности в привлечении иностранных работников данной профессионально-квалификационной группы в 2009 году;
 - средний персонал в области финансово-экономической, административной и социальной деятельности — 31 339 человек, что составляет 54,8% от потребности в привлечении иностранных работников данной профессионально-квалификационной группы в 2009 году;
 - специалисты в области естественных и инженерных наук — 32 771 человек, что составляет 78,6% от потребности в привлечении иностранных работников данной профессионально-квалификационной группы в 2009 году;
 - специалисты среднего уровня квалификации физических и инженерных направлений деятельности — 18 636 человек, что составляет 78,2% от потребности в привлечении иностранных работников данной профессионально-квалификационной группы в 2009 году;
 - продавцы, демонстраторы товаров, натурщики и демонстраторы одежды — 12 337 человек, что составляет 52,5% от потребности в привлечении иностранных работников данной профессионально-квалификационной группы в 2009 году;
 - иные профессионально-квалификационные группы — 65 309 человек, что составляет 67% от потребности в привлечении иностранных работников данной профессионально-квалификационной группы в 2009 году. Некоторые субъекты Российской Федерации уменьшили потребность в привлечении иностранных работников в 2010 году в сравнении с распределенной квотой на 2009 год. Снижение объемов квот в субъектах Российской Федерации обусловлено следующими факторами:
 - невозможность предприятиям малого и среднего бизнеса в условиях мирового финансового кризиса сохранить рабочие места, на которые предполагалось привлечение иностранных работников;
 - темпы роста числа безработных граждан;
 - снижение объемов реализации инвестиционных проектов.
- Сокращение объемов привлекаемых иностранных граждан повышает доступность рабочих мест для российских граждан, что снижает напряженность на рынке труда и число безработных граждан.
- Потребность в привлечении в РФ иностранных работников на 2011 год определена в количестве 1 745 584 человек (постановление Правительства РФ от 12.11.2010 № 895 «Об определении потребности в привлечении в РФ иностранных работников и утверждении соответствующих квот на 2011 год»), что на 10,2% меньше, чем в 2010 году. При этом потребность в квалифицированных кадрах составила 73,5% от потребности на 2011 год.
- Снижение потребности в привлечении иностранных работников обусловлено в том числе изменениями законодательства Российской Федерации в части порядка привлечения работодателями высококвалифицированных специалистов и осуществления трудовой деятель-



ности, не связанной с предпринимательской деятельностью, иностранными гражданами, прибывающими в Российскую Федерацию в порядке, не требующем получения визы у физических лиц.

Так, снижена потребность в привлечении и использовании иностранных работников в 43 субъектах Российской Федерации, включая традиционно испытывающих высокую потребность в привлечении иностранных работников. Потребность в работниках частично удовлетворяется за счет привлечения российских граждан из других субъектов Российской Федерации.

С учетом предложений Минздравсоцразвития России в Федеральный закон «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации» внесены изменения, связанные с особенностями осуществления трудовой деятельности в Российской Федерации высококвалифицированными специалистами.

Высококвалифицированным специалистом признается иностранный гражданин, имеющий опыт работы, навыки или достижения в конкретной области деятельности, если его заработная плата равна или превышает 2 млн рублей в год.

Квота на выдачу иностранным гражданам разрешений на работу и квота на выдачу иностранным гражданам приглашений на въезд в Российскую Федерацию в целях осуществления трудовой деятельности на высококвалифицированных специалистов не распространяются.

Для создания высококвалифицированным специалистам преференций в части осуществления трудовой деятельности на всей территории Российской Федерации без ограничений Минздравсоцразвития России издан приказ от 28.07.2010 № 564н «Об установлении случаев осуществления трудовой деятельности иностранным гражданином или лицом без гражданства, временно пребывающими (проживающими) в Российской Федерации, вне

пределов субъекта Российской Федерации, на территории которого им выдано разрешение на работу (разрешено временное проживание)»». Данным приказом предусмотрено, что:

- непрерывная продолжительность трудовой деятельности иностранных граждан — высококвалифицированных специалистов вне пределов субъекта (субъектов) Российской Федерации, на территории которого (которых) им выдано разрешение на работу, не может превышать 30 календарных дней ежегодно, в течение периода действия разрешения на работу, при направлении в служебную командировку;
- общая продолжительность трудовой деятельности иностранных граждан — высококвалифицированных специалистов вне пределов субъекта (субъектов) Российской Федерации, на территории которого (которых) им выдано разрешение на работу, не ограничивается, если постоянная работа осуществляется работником в пути или носит разъездной характер и это определено его трудовым договором.

С 1 июля в 2010 года в Российской Федерации для иностранных работников, приезжающих работать в Россию у физического лица, работает патентная система.

Положения Федерального закона № 86-ФЗ действуют для иностранцев, прибывших в РФ в порядке, не требующем получения визы, для работы на основании трудового договора или гражданско-правового договора на выполнение работ для личных, домашних и иных нужд, не связанных с осуществлением предпринимательской деятельности.

Патент выдается на срок от одного до трех месяцев и может продлеваться на период не более трех месяцев. При этом общий срок действия патента с учетом продлений не может составлять более двенадцати месяцев со дня выдачи патента.

По данным ФМС России, с 1 июля по 31 декабря 2010 года выдано 129 704 патентов.



ФЕДЕРАЛЬНАЯ ПРОГРАММА «Реформирование и развитие системы государственной службы Российской Федерации (2009–2013 годы)»

Минздравсоцразвития России продолжает реализацию Федеральной программы «Реформирование и развитие системы государственной службы Российской Федерации (2009–2013 годы)».

Цель программы — создание целостной системы государственной службы Российской Федерации посредством завершения реформирования ее видов и создания системы управления государственной службой, формирования высококвалифицированного кадрового состава государственной службы, обеспечивающего эффективность государственного управления, развитие гражданского общества и инновационной экономики.

К основным задачам программы реформирования относятся:

- обеспечение взаимосвязи видов государственной службы, а также государственной и муниципальной службы;
- формирование современной правовой основы военной и правоохранительной службы, совершенствование правовой основы государственной гражданской службы Российской Федерации;
- создание системы управления государственной службой;
- формирование системы мониторинга общественного мнения об эффективности государственной службы и результативности профессиональной служебной деятельности государственных служащих;
- разработка и введение антикоррупционных стандартов в виде установления для государственной и муниципальной службы единой системы запретов, ограничений, обязанностей и дозволений, направленных на предупреждение коррупции;
- развитие механизма предупреждения коррупции, выявления и разрешения конфликта интересов на государственной службе;
- совершенствование механизма, обеспечивающего соблюдение государственным служащими общих принципов служебного поведения, утвержденных Указом Президента РФ от 12.08.2002 № 885 «Об утверждении общих принципов служебного поведения государственных служащих»;
- разработка механизма принятия мер по предотвращению конфликта интересов, в том числе после ухода государственного служащего с государственной службы;
- регламентация вопросов, касающихся повышения денежного содержания и оптимизации пенсионного обеспечения государственных служащих;
- совершенствование работы, направленной на приоритетное применение мер по предупреждению коррупции и борьбе с ней на государственной службе;
- внедрение эффективных технологий и современных методов кадровой работы, направленных на повышение профессиональной компетентности, мотивации государственных служащих и обеспечение условий для увеличения результативности их профессиональной служебной деятельности;
- разработка системы мер, направленных на совершенствование порядка прохождения государственной службы и стимулирование добросовестного исполнения обязанностей государственной службы на высоком профессиональном уровне.

Финансирование программы осуществляется за счет средств федерального бюджета в размере 691 млн рублей, в том числе на финансирование I этапа реализации (2009–2010) предусматривается 258,6 млн рублей, на финансирование II этапа (2011–2013) — 432,4 млн рублей.



ФЕДЕРАЛЬНАЯ ПРОГРАММА «Подготовка и переподготовка резерва управленческих кадров (2010–2015 годы)»

Распоряжением Правительства РФ от 22.04.2010 № 636-р утверждена Федеральная программа «Подготовка и переподготовка резерва управленческих кадров (2010–2015 годы)».

Ее цель — повышение профессиональной и управленческой компетентности лиц, включенных в резерв управленческих кадров по рекомендации федеральных государственных органов, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, образовательных учреждений, государственных корпораций и организаций, включая «президентскую сотню» и «президентскую тысячу».

Задачи Программы:

- создание необходимых условий для профессионального развития участников Программы;
- формирование эффективной системы подготовки и переподготовки резерва, основанной на передовых обучающих технологиях;
- реализация комплекса мероприятий по подготовке и переподготовке участников Программы.

Программа является основой для дальнейшей разработки и реализации комплекса мероприятий, направленных на развитие управленческого потенциала государственной и муниципальной службы, государственных корпораций и организаций, повышения эффективности государственного и муниципального управления путем формирования сообщества профессионалов, способных за счет высокой квалификации и мотивации решать задачи инновационного развития Российской Федерации.

Финансовое обеспечение Программы осуществляется за счет средств федерального бюджета, предусматриваемых на реализацию мероприятий Программы, и состав-

ляет 410 730,0 тыс. рублей, в том числе на реализацию I этапа (2010–2011) Программы — 31 630 тыс. рублей, на реализацию II этапа (2012–2015) — 379 100 тыс. рублей.

Координатором Программы является Аппарат Правительства РФ, государственным заказчиком мероприятий Программы определено Министерство здравоохранения и социального развития РФ.

Для рассмотрения вопросов повышения эффективности и качества реализации Федеральной программы сформирован Наблюдательный совет по вопросам реализации Программы. В него вошли руководители Аппарата Правительства РФ, представители федеральных государственных органов, образовательных учреждений и бизнес-сообщества.

В 2010 году к подготовке приступила пилотная группа. Ее обучение позволит дать заключение об эффективности предложенной АНХ программы обучения резерва управленческих кадров, сформированной по модульному принципу и включающей как лекционные занятия, так и индивидуальные консультации с ведущими специалистами в различных областях менеджмента и управления, практические проектные работы и международную стажировку.

Для обеспечения организационно-технической поддержки реализации мероприятий Программы государственным заказчиком Программы по согласованию с координатором Программы будет создан ресурсный центр, на который планируется возложить функции по организационно-техническому, информационно-аналитическому, методическому и экспертному обеспечению Программы.

Информационная площадка Программы — Федеральный портал управленческих кадров <http://rezerv.gov.ru>.



ПРОТИВОДЕЙСТВИЕ КОРРУПЦИИ В ГОСУДАРСТВЕННЫХ ОРГАНАХ

Как орган, ответственный за выработку государственной политики и нормативно-правовое регулирование в сфере государственной гражданской службы, Минздравсоцразвития России является участником реализации Национального плана противодействия коррупции.

В 2010 году для методического обеспечения единообразного применения федеральными органами исполнительной власти антикоррупционного законодательства Министерство провело ряд работ. Среди них:

- подготовлены методические рекомендации о порядке уведомления представителя нанимателя (работодателя) о фактах обращения в целях склонения государственного или муниципального служащего к совершению коррупционных правонарушений;
- разработано типовое положение о подразделении по профилактике коррупционных и иных правонарушений кадровой службы федерального государственного органа;
- подготовлен проект Типового кодекса этики и служебного поведения государственных служащих Российской Федерации и муниципальных служащих;
- подготовлена концепция введения в практику механизма ротации государственных служащих.

На основании концепции подготовлен проект федерального закона «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с введением ротации на государственной гражданской службе». Им устанавливаются цель и определение ротации, сроки и порядок ее проведения, введение ответственности при отказе от ротации, а также перечень дополнительных гарантий и компенсаций при ротации государственного гражданского служащего в иную местность.

Предполагается, что на федеральном уровне ротации будут подлежать федеральные государственные гражданские служащие, замещающие должности гражданской службы категории «руководители» в территориальных органах федеральных органов исполнительной власти, осуществляющих контрольные и надзорные функции, а перечень соответ-

ствующих должностей гражданской службы субъектов Российской Федерации будет утверждаться нормативным правовым актом субъекта Российской Федерации.

Особого внимания при осуществлении ротации государственных гражданских служащих заслуживает разработка системы государственных гарантий, а также защиты их прав и интересов в целях создания благоприятных условий службы при ротации в другую местность, а также членов семьи государственных гражданских служащих. При ротации государственного гражданского служащего в другую местность предполагается предусмотреть возмещение расходов, связанных с переездом государственных гражданских служащих и членов их семей, провозом багажа к новому месту службы, а также установить гарантию на предоставление служебного жилого помещения по новому месту службы, а при отсутствии по новому месту службы служебного жилого помещения и с согласия государственного гражданского служащего — возмещение расходов за найм (поднайм) жилого помещения.

Ротацию предлагается вводить с 2013 года, что потребует выделения дополнительных ассигнований федерального бюджета в размере 322,5 млн рублей в год.

Минздравсоцразвития России проводится комплексный ежеквартальный мониторинг деятельности комиссий федеральных органов исполнительной власти по соблюдению требований к служебному поведению и урегулированию конфликта интересов. В 2010 году увеличилось количество случаев привлечения федеральных государственных гражданских служащих к дисциплинарной ответственности. В I квартале 2010 года привлечено к дисциплинарной ответственности 78 человек, во II квартале — 140.

По предложению Генеральной прокуратуры РФ Минздравсоцразвития России обеспечивает реализацию рекомендаций Группы государств против коррупции (ГРЕКО).

Между Министерством и Генпрокуратурой РФ на систематической основе осуществляется обмен информацией по вопросам противо-



действия коррупции, деятельности комиссий по соблюдению требований к служебному поведению и урегулированию конфликта интересов. Результаты работы Минздравсоцразвития России по данному направлению представлены в ходе 49-й пленарной сессии ГРЕКО (ноябрь 2010 года, г. Страсбург, Франция).

Усилена антикоррупционная составляющая в профессиональной переподготовке, повышении квалификации, стажировке федеральных государственных служащих.

При обучении гражданских служащих в 2010 году приоритетными были программы дополнительного профессионального образования, содержащие антикоррупционную составляющую, предусматривающую изучение правовых и морально-этических аспектов управленческой деятельности. Всего по образовательным программам антикоррупционной тематики в рамках государственного заказа на 2010 год прошли обучение более 15 000 гражданских служащих.

КАЛЕНДАРЬ КЛЮЧЕВЫХ СОБЫТИЙ

СЕНТЯБРЬ–НОЯБРЬ — повышение квалификации по образовательной программе «Функции подразделений кадровых служб федеральных государственных органов по профилактике коррупционных и иных правонарушений» (500 участников).

5 ОКТЯБРЯ — совещание «Вопросы реализации Указа Президента Российской Федерации от 13 апреля 2010 года № 460 «О Национальной стратегии противодействия коррупции и Национальном плане противодействия коррупции на 2010–2011 годы»».

11 ОКТЯБРЯ — круглый стол «Вопросы предоставления федеральными государственными гражданскими служащими сведений о своих доходах».

11 ОКТЯБРЯ — совещание «Направления реализации государственной политики в сфере противодействия коррупции».

14 ОКТЯБРЯ — круглый стол «Государственная политика в сфере противодействия коррупции и ее реализация».

23 НОЯБРЯ — научно-практический семинар по вопросам обеспечения соблюдения требований к служебному поведению федеральных государственных служащих, установленных в законодательстве и проекте Типового кодекса этики и служебного поведения государственных служащих Российской Федерации, а также по организации исполнения Федерального закона от 25.12.2008 № 273-ФЗ «О противодействии коррупции» и иных нормативных правовых актов по противодействию коррупции.

УЧАСТНИКИ: представители Аппарата Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации, Администрации Президента Российской Федерации, Центральной избирательной комиссии Российской Федерации, Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации, Счетной палаты Российской Федерации и других федеральных государственных органов.

ВУЗЫ-ПАРТНЕРЫ: Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ, Российский государственный социальный университет, Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, Финансовый университет при Правительстве РФ.



РЕФОРМИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ ОХРАНОЙ ТРУДА

В 2010 году продолжалась работа по созданию современной системы управления охраной труда, обеспечения безопасных условий трудовой деятельности в соответствии с Программой действий по улучшению условий и охраны труда на 2008–2010 годы, утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 23.10.2008 № 586.

ЦИТАТА

«Существующая система, с одной стороны, неэффективна, с другой — никак не стимулирует работодателя бережно относиться к главному ресурсу — человеку. Сегодня идет речь о создании системы экономических стимулов для работодателей. Создавать безопасные и комфортные рабочие места должно быть выгодно».

Александр Сафонов, заместитель министра здравоохранения и социального развития РФ

Главной целью программы является защита здоровья работника и обеспечение охраны труда путем внедрения системы управления профессиональными рисками на каждом рабочем месте и вовлечения в управление этими рисками основных сторон социального партнерства — государства, работодателей и работников.

Основной задачей новой системы управления охраной труда является переход от простого реагирования на страховые случаи к управлению рисками повреждения здоровья работников. Данная цель может быть до-

стигнута путем создания системы управления профессиональными рисками, которая должна стать основой управления системой сохранения жизни и здоровья работников в процессе трудовой деятельности.

В рамках указанной программы реализовано следующее:

- подготовлены к внесению или внесены в Правительство РФ основные законопроекты, обеспечивающие формирование в трудовом законодательстве механизма экономического стимулирования работодателей к улучшению условий и охраны труда;
- закуплено и протестировано основное оборудование для АС «Профессиональные риски»;
- разработана методология по управлению профессиональными рисками на рабочих местах;
- ведется мониторинг состояния условий и охраны труда.

Для обеспечения информационного сопровождения работ по программе будет осуществлена закупка и поставка основного компьютерного оборудования с целью формирования единой автоматизированной системы общероссийского мониторинга условий труда и состояния здоровья работающего населения России, анализа влияния опасных и вредных факторов на здоровье работников (АС «Профессиональные риски»).

Одновременно в рамках указанной работы формируется нормативная база, обеспечивающая последовательное внедрение системы управления профессиональными рисками в организациях различных организационно-правовых форм и форм собственности.



Совершенствование процедур оценки условий труда на рабочих местах на основе аттестации рабочих мест

ВОПРОС | *В связи с чем государство меняет сложившуюся десятилетия назад оценку условий труда?*

ОТВЕТ | Изменения, инициированные Минздравсоцразвития России, направлены на формирование независимого института оценки состояния условий труда, в объективности и компетентности которого не сомневались бы ни работники, ни работодатель. Независимая и профессиональная оценка состояния рабочего места будет способствовать справедливому установлению компенсаций работникам, занятым во вредных и тяжелых условиях труда, а также принятию эффективных мер по совершенствованию охраны труда в каждой отдельно взятой организации.

Эффективное управление профессиональными рисками невозможно без преобразования института оценки условий труда на рабочих местах.

В Трудовом кодексе РФ предусмотрена обязанность работодателя по проведению аттестации рабочих мест по условиям труда. Очевидно, что мероприятия по приведению условий труда на рабочих местах в соответствие с государственными нормативными требованиями охраны труда, основанные на аттестации рабочих мест по условиям труда, требуют существенных финансовых затрат.

В этой связи на первое место выходит достоверность проведения указанных оценок и, соответственно, компетентность и независимость организаций, оказывающих услуги в области охраны труда.

До сентября 2008 года аттестация рабочих мест осуществлялась работодателем самостоятельно, т.е. он сам формулировал задачи, обеспечивал финансирование и делал заключение о состоянии рабочего места. При таком подходе неизбежно возникал конфликт интересов и ставилась под сомнение достоверность оценки условий труда.

Поэтому Министерством был предпринят ряд мер нормативного характера, направленных на формирование независимого института оценки состояния условий труда, в объективности и компетентности которого не сомневались бы ни работники, ни работодатель.

Основное направление — создание института неаффилированных аттестующих организаций.

Одним из механизмов, обеспечивающих подтверждение компетентности организаций

в сфере оказания услуг в области охраны труда, является аккредитация аттестующих организаций.

В связи с этим принят приказ Минздравсоцразвития России от 1.04.2010 № 205н «Об утверждении перечня услуг в области охраны труда, для оказания которых необходима аккредитация, и Правил аккредитации организаций, оказывающих услуги в области охраны труда».

В соответствии с Правилами аккредитации организации, оказывающей услуги в области охраны труда, осуществляется в уведомительном порядке.

Минздравсоцразвития России осуществляет аккредитацию путем внесения сведений в реестр аккредитованных организаций, оказывающих услуги в области охраны труда, и размещает их на своем официальном сайте в сети Интернет в течение 10 дней со дня регистрации заявления.

При этом сведения, содержащиеся в реестре, являются открытыми и общедоступными.

Установлен исчерпывающий перечень требований, которым должна безусловно соответствовать аттестующая организация. Это:

- наличие измерительного оборудования и приборов;
- наличие квалифицированного персонала;
- наличие руководства по качеству работ, содержащего признанные методики измерений и др.

Контроль за деятельностью аккредитованной организации, оказывающей услуги в области охраны труда, включая соблюдение аккредитованной организацией критериев аккредитации, государственных нормативных требований охраны труда в сфере деятельнос-



ти в соответствии с областью аккредитации, осуществляется Рострудом на основе проверки сведений, предоставленных аттестующей организацией и указанных в реестре.

ЦИТАТА

«Аттестация рабочих мест должна быть профессиональной и независимой. Это два важнейших условия работы аттестующих компаний. Вся работа Минздравсоцразвития России направлена на то, чтобы сформировать институт независимых специалистов в области аттестации рабочих мест, которые имеют необходимые квалификацию и оборудование».

Александр Сафонов, заместитель министра здравоохранения и социального развития РФ

АПРЕЛЬ — Всероссийская конференция, посвященная Всемирному дню охраны труда «Управление рисками и профилактика в сфере охраны труда в новых условиях».

АВГУСТ — семинар-совещание по вопросам совершенствования нормативно-правовой базы в сфере охраны труда.

ОКТАБРЬ — семинар-совещание по вопросу реформирования системы управления охраной труда на основе оценки и управления профессиональными рисками.

ОКТАБРЬ — конференция «Совершенствование трудового законодательства: проблемы и пути решения».

НОЯБРЬ — IX Всероссийский конгресс «Профессия и здоровье», IV Всероссийский съезд врачей-профпатологов.

ДЕКАБРЬ — Всероссийский съезд аттестующих организаций.

ДЕКАБРЬ — VI Международный конгресс «Состояние нормативной правовой базы по охране труда и основные направления по ее совершенствованию», XIV Международная специализированная выставка «Безопасность и охрана труда — 2010».

ДЕКАБРЬ — I съезд аттестующих организаций.

В ТЕЧЕНИЕ ГОДА — Всероссийский конкурс «Российская организация высокой социальной эффективности».



ТРУДОВЫЕ ОТНОШЕНИЯ

Социальное партнерство

Основным инструментом социального партнерства на федеральном уровне является Российская трехсторонняя комиссия по регулированию социально-трудовых отношений, объединяющая представителей сторон социального партнерства.

На заседаниях Комиссии рассматриваются наиболее острые вопросы в сфере регулирования социально-трудовых отношений: оплаты труда, развития рынка труда и содействия занятости, пенсионного обеспечения, защиты трудовых прав граждан, развития социального партнерства, в том числе вопросы, предусмотренные генеральным соглашением между общероссийскими объединениями профсоюзов, общероссийскими объединениями работодателей и Правительством РФ на 2008–2010 годы.

ЦИТАТА

«Российская трехсторонняя комиссия по регулированию социально-трудовых отношений в кризисный период стала основной площадкой социального партнерства, в рамках которой рассматриваются наиболее актуальные вопросы социально-трудовых отношений в стране, в частности вопросы занятости и трудовой миграции, охраны труда, перехода на новые системы оплаты труда, социального партнерства».

Александр Сафонов, заместитель министра здравоохранения и социального развития РФ

В рамках Российской трехсторонней комиссии прошло обсуждение проекта Программы антикризисных мер Правительства РФ, приняты рекомендации по взаимодействию социальных партнеров на уровне организации в условиях экономического кризиса.

Как показывает практика работы Российской трехсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений, учет мнения сторон социального партнерства, согласованная работа Правительства РФ, общероссийских объединений работодателей и общероссийских объединений профсоюзов

приводит к реальным положительным результатам и способствует более стабильным отношениям в обществе.

В целях согласования интересов профсоюзов, работодателей и государства все проекты законодательных нормативных правовых актов в сфере труда вносятся в Правительство Российской Федерации с учетом мнения Российской трехсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений.

Так, в 2010 году проведено 11 заседаний Российской трехсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений, более 70 заседаний постоянно действующих рабочих групп, на которых было рассмотрено свыше 50 законодательных и иных нормативных правовых актов, в том числе по ратификации конвенций МОТ и международных актов.

С 1992 года в рамках Российской трехсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений заключено 10 генеральных соглашений, включая действующее генеральное соглашение на 2008–2010 годы.

Генеральное соглашение на 2008–2010 годы является составной частью коллективно-договорного процесса в системе социального партнерства и служит основой для разработки и заключения отраслевых соглашений на федеральном уровне и региональных соглашений.

Мероприятия, предусмотренные генеральным соглашением, реализуются в соответствии с планом мероприятий Правительства РФ, утвержденным распоряжением Правительства Российской Федерации от 01.09.2008 № 1273-р.

Важнейшими показателями социального партнерства являются количество и качество заключаемых отраслевых соглашений, уровень охвата ими работников, объемы социальных гарантий.

По состоянию на 1 декабря 2010 года в Российской Федерации действует 59 отраслевых соглашений, заключенных на федеральном уровне социального партнерства (из них в 2010 году было заключено 12 соглашений и 6 соглашений об изменениях и дополнениях к заключенным ранее соглашениям), и 5 соглашений о продлении срока действия.



Действие соглашений распространяется на 70% организаций, действующих в различных секторах экономики страны, где трудится более 40 млн работников (около 57% от числа занятых в Российской Федерации), что способствует повышению эффективности защиты социальных интересов и трудовых прав работников.

В регионах Российской Федерации регулирование социально-трудовых отношений, ведение коллективных переговоров по подготовке и заключению региональных, отраслевых и территориальных соглашений, организацию контроля за их исполнением обеспечивают областные и территориальные трехсторонние комиссии по регулированию социально-трудовых отношений.

Одним из основных направлений деятельности трехсторонних комиссий является выполнение мероприятий, направленных на реализацию региональных трехсторонних соглашений, отраслевых соглашений, коллективных договоров в организациях всех форм собственности.

Главный итог деятельности региональных трехсторонних комиссий заключается в обеспечении конструктивного диалога между сторонами социального партнерства в определении совместных подходов по решению отдельных социально-экономических проблем.

В течение 2009–2010 годов во многие региональные соглашения были внесены изменения и дополнения, направленные на повышение заработной платы работникам бюджетной сферы, содействие занятости населения и развитие рынка труда, повышение качества жизни работников и их семей.

В соответствии с заключенными в субъектах Российской Федерации соглашениями разрабатываются прогнозы основных направлений социально-экономического развития регионов, территорий и муниципальных образований, совершенствуется законодательная база для развития социально-трудовых отношений, осуществляются мероприятия по привлечению внебюджетных источников финансирования инвестиционных проектов и социальных программ.

В ряде регионов все активнее находит отражение практика новых форм социального партнерства — заключение соглашений о социально-экономическом сотрудничестве, позволяющих устанавливать взаимоотношения между администрациями и индивидуальными

предпринимателями по обеспечению роста заработной платы, а в связи с этим увеличению налоговых поступлений в бюджетную систему от деятельности организаций.

Как и в предыдущие годы, особое внимание уделяется созданию территориальных комиссий по регулированию социально-трудовых отношений в муниципальных образованиях.

В отчетном периоде на заседаниях территориальных комиссий рассматривались вопросы разработки и реализации территориальных соглашений, развития коллективно-договорного регулирования и вовлечения в этот процесс организаций малого и среднего бизнеса, пенсионного обеспечения, оздоровления и отдыха детей, вопросы охраны труда и т.д.

Особое внимание уделяется заключению коллективных договоров. Коллективными договорами закрепляются основные права и обязанности работников и работодателей, связанные с вопросами оплаты труда, обеспечения занятости, охраны труда, содержатся дополнительные льготы и гарантии работникам, положения по защите прав работников в условиях сокращения должностей, ликвидации, реорганизации предприятий.

Анализ развития социального партнерства на уровне организаций показал, что изменилось качественное содержание заключаемых коллективных договоров. Они перестают носить формальный характер и включают в себя дополнительные по сравнению с законодательством льготы и преимущества, закрепляют положения и региональных отраслевых соглашений.

В коллективных договорах в обязательном порядке содержатся условия оплаты труда, размеры дополнительных отпусков, регулируются условия рабочего времени и времени отдыха, охраны труда.

По данным органов по труду субъектов Федерации, наибольшее количество коллективных договоров заключено на предприятиях государственной и муниципальной форм собственности в сфере образования, промышленности, жилищно-коммунального хозяйства, здравоохранения, культуры и искусства.

В целом по Российской Федерации количество коллективных договоров, прошедших уведомительную регистрацию, составило 208 тыс., это 90% к общему числу заключенных коллективных договоров (в 2008 году было 157 тыс., в 2007 году — 179 тыс., в 2006 году — 184,7 тыс.,



в 2005 году — 177 тыс., в 2004 году — 156 тыс. коллективных договоров).

В настоящее время социальными партнерами проводится работа по выработке концепции развития социального партнерства, целью которой является совершенствование переговорного процесса по заключению отраслевых соглашений и коллективных договоров. Предполагается проработать наиболее актуальные вопросы, касающиеся отдельных положений Трудового кодекса РФ, Федерального закона «Об объединениях работодателей», других нормативных правовых актов.

Новая концепция социального партнерства будет затрагивать весь спектр проблем, связанных с развитием социального партнерства, которые необходимо решать как путем совершенствования действующего законодательства, так и проведением организационных и информационных мероприятий с учетом современных технологий управления и разрешения конфликтных ситуаций.

СПРАВОЧНО:

На федеральном уровне действуют 14 отраслевых соглашений, заключенных между профсоюзом работников государственных учреждений и общественного обслуживания Российской Федерации и Минздравсоцразвитием России, МВД России, ФМС России, МЧС России, ВСИН, ФССП, Росархивом, ФСТ России, Генпрокуратурой РФ, Судебным департаментом при Верховном суде РФ, ДОСААФ России, Росстатом, ФСКН России, Федеральным унитарным предприятием «Охрана» МВД России.

Отраслевое соглашение по федеральным государственным унитарным протезно-ортопедическим предприятиям, находящимся в ведении Министерства здравоохранения и социального развития РФ, на 2009–2011 годы заключено 11 сентября 2009 года. Соглашение распространяется на работников предприятий и работодателей, находящихся в ведении Минздравсоцразвития России.

Обеспечение выплаты заработной платы работникам

Минздравсоцразвития России совместно с федеральными органами исполнительной власти, в том числе с Рострудом, и органами исполнительной власти субъектов РФ ведет мониторинг ситуации с просроченной задолженностью по заработной плате, о результатах которого ежемесячно докладывается в Правительстве РФ.

Кроме того, подготовлен проект федерального закона «О внесении изменений в Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях». Проект предполагает усиление ответственности работодателей, руково-

дителей организаций, иных лиц, представляющих работодателя, а также индивидуальных предпринимателей, допускающих нарушение трудовых прав трудящихся. Законопроектом предусматривается значительное увеличение размеров административных штрафов, в том числе за нарушение сроков выплаты заработной платы, нарушения при расторжении и оформлении трудовых договоров с работником в письменной форме, привлечении работников к сверхурочной работе, предоставлении ежегодных оплачиваемых отпусков.



Международное сотрудничество

Минздравсоцразвития России проведена работа по **РАТИФИКАЦИИ КОНВЕНЦИЙ МОТ**. Так, в июле 2010 года ратифицирована Конвенция об оплачиваемых отпусках (Конвенция № 132). Документ, принятый на 54-й сессии Генеральной конференции МОТ в г. Женеве 24 июня 1970 года, ратифицирован со следующими заявлениями: минимальная продолжительность ежегодного оплачиваемого отпуска в Российской Федерации составляет 28 календарных дней; Российская Федерация принимает на себя обязательства в соответствии с данной Конвенцией в отношении лиц, работающих по найму в секторах экономики, иных, чем сельское хозяйство, и в отношении лиц, работающих по найму в сельском хозяйстве.

Также в июле 2010 года ратифицирована Конвенция о защите прав представителей работников на предприятии и предоставляемых им возможностях (Конвенция № 135). Конвенция определяет, что представители работников на предприятии пользуются эффективной защитой от любого действия, которое может нанести им ущерб, включая увольнение, основанное на их статусе или на их деятельности в качестве представителей работников, или на их членстве в профсоюзе, или на участии в профсоюзной деятельности в той мере, в какой они действуют в соответствии с существующим законодательством или коллективными договорами.

Прошла ратификацию Конвенция о содействии коллективным переговорам (Конвенция № 154). Конвенция, в частности, предусматривает, что для содействия коллективным переговорам принимаются меры, соответствующие национальным условиям, направленные на то, чтобы: коллективные переговоры были возможны для всех предпринимателей и всех категорий трудящихся в отраслях деятельности; постепенно распространялись на все вопросы, указанные в Конвенции; поощрялась разработка правил процедуры, согласованных между организациями предпринимателей и трудящихся; проведению коллективных переговоров не препятствовало отсутствие

регулирующих их правил или неполный или несоответствующий характер этих правил; органы и процедуры разрешения трудовых конфликтов создавались таким образом, чтобы содействовать коллективным переговорам.

В октябре 2010 года ратифицирована Конвенция об основах, содействующих безопасности и гигиене труда (Конвенция № 187). Документ об основах, содействующих безопасности и гигиене труда, был принят 95-й сессией Генеральной конференции Международной организации труда в г. Женеве 15 июня 2006 года. Указанная Конвенция регулирует проблемы охраны труда.

Департаментом заработной платы, охраны труда и социального партнерства разработана **ПРОГРАММА СОТРУДНИЧЕСТВА МЕЖДУ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИЕЙ И МЕЖДУНАРОДНОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ ТРУДА НА 2010–2012 ГОДЫ**, которая является продолжением предшествующих программ сотрудничества в социально-трудовой сфере с учетом новых условий, сложившихся в том числе под влиянием мирового финансового и экономического кризиса.

Целью программы является содействие дальнейшему развитию социально-трудовых отношений в Российской Федерации в направлении достижения достойного труда путем концентрации усилий в таких областях, как расширение занятости, социальная защита, оплата и охрана труда, международные трудовые нормы и основополагающие принципы и права в сфере труда, социальный диалог.

Основными направлениями сотрудничества Российской Федерацией и МОТ в рамках данной программы в 2010–2012 годы определены занятость и трудовая миграция, совершенствование охраны труда и социальный диалог.

Программа сотрудничества базируется на членстве РФ в МОТ и подготовлена с учетом Соглашения между Правительством РФ и Международной организацией труда, подписанного 5 сентября 1997 года, и определяет главные направления совместной деятельности, проводимой МОТ и ее трехсторонними партнерами в Российской Федерации в 2010–2012 годах.



Разработанные и принятые нормативно-правовые акты

В ОБЛАСТИ ЗАНЯТОСТИ НАСЕЛЕНИЯ, ТРУДОВОЙ МИГРАЦИИ И АЛЬТЕРНАТИВНОЙ ГРАЖДАНСКОЙ СЛУЖБЫ СОДЕЙСТВИЯ ТРУДОУСТРОЙСТВУ И ЗАНЯТОСТИ

■ 22 июля 2010 года принят Федеральный закон № 162-ФЗ «О внесении изменения в статью 7 закона Российской Федерации “О занятости населения в Российской Федерации”». Согласно ему к полномочиям федеральных органов государственной власти в области содействия занятости населения отнесено полномочие по разработке прогноза баланса трудовых ресурсов (ранее полномочие не было закреплено ни за одним госорганом). Прогнозные показатели баланса трудовых ресурсов позволят оценить уровень сбалансированности спроса и предложения на рынке труда Российской Федерации на долгосрочную перспективу, эффективность регулирования процессов формирования и использования трудовых ресурсов, осуществить планирование эффективного использования трудовых ресурсов, повысить эффективность государственной политики содействия занятости населения.

■ В соответствии с Концепцией демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года подготовлен проект федерального закона «О внесении изменений в закон Российской Федерации “О занятости населения в Российской Федерации”». Проект предусматривает предоставление права женщинам в период отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста трех лет на бесплатное получение услуг по профессиональной подготовке, переподготовке и повышению квалификации по направлению органов службы занятости наравне с гражданами, признанными в установленном порядке безработными.

■ Разработан проект федерального закона «О внесении изменений в некоторые законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием порядка прохождения альтернативной гражданской службы». Проект направлен на совершенствование законодательства по вопросам альтернативной гражданской службы в части реализации права граждан, проходящих альтернативную гражданскую службу, быть уволенными с альтернативной гражданской службы в связи с признанием их военно-врачебной комиссией не годными к военной службе или ограниченно годными к военной службе, а также в части установления механизма компенсации расходов, связанных с доставкой к месту погребения гроба с телом гражданина, умершего (погибшего) в период прохождения альтернативной гражданской службы.

■ В рамках Комплекса мер по развитию гибких форм занятости, в том числе надомной занятости россиян, осуществляющих уход за детьми-инвалидами, а также по организации обучения методам реабилитации разработан проект федерального закона «О внесении изменения в статью 23 закона Российской Федерации “О занятости населения в Российской Федерации”». Проект предлагает установление приоритетного права родителей, официально признанных безработными и воспитывающих детей-инвалидов, нахождение профессиональной подготовки, переподготовки и повышение квалификации по направлению органов службы занятости.

■ Подготовлен проект федерального закона, которым предлагается внесение изменений в Закон о занятости населения в части закрепления положения об осуществлении безработным гражданам при содействии самозанятости органами службы занятости выплаты в размере 12-кратной максимальной величины пособия по безработице. В складывающейся ситуации на рынке труда самозанятость безработных граждан позволит расширить возможность обеспечения занятости населения, снизить численность безработных граждан и, соответственно, напряженность на рынке труда.



В ОБЛАСТИ ТРУДОВЫХ ОТНОШЕНИЙ

■ Проведена работа по разработке и утверждению выпусков Единого тарифно-квалификационного справочника (ЕКС) работ и профессий рабочих и разделов Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих. ЕКС предназначен для решения вопросов, связанных с регулированием трудовых отношений, обеспечением эффективной системы управления персоналом. Принят ряд приказов Минздравсоцразвития России:

1 приказ Минздравсоцразвития России от 26.08.2010 № 761н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел “Квалификационные характеристики должностей работников образования”»;

2 приказ Минздравсоцразвития России от 26.07.2010 № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел “Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения”»;

3 приказ Минздравсоцразвития России от 11.01.2010 № 3 «Об утверждении Единого тарифно-квалификационного справочника работ и профессий рабочих, выпуск 28, раздел “Производство химических волокон, стекловолокон, стекловолоконистых материалов, стеклопластиков и изделий из них”».

■ Подготовлен проект постановления Правительства РФ «О переносе выходных дней в 2011 году.»

■ Проект федерального закона «О внесении изменений в Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях». Изменения направлены на усиление ответственности работодателей, допускающих нарушение трудовых прав трудящихся.

■ Во исполнение решений Конституционного Суда РФ принят Федеральный закон от 01.07.2010 № 146-ФЗ «О внесении изменений в статью 25 Федерального закона “О профессиональных союзах, их правах и гарантиях деятельности”» подготовлен и внесен в Правительство РФ проект федерального закона «О внесении изменений в статьи 374 и 376 Трудового кодекса Российской Федерации».

■ Подготовлен проект федерального закона «О внесении изменений в закон Российской Федерации “О занятости населения в Российской Федерации” и статью 11 Федерального закона “О трудовых пенсиях в Российской Федерации”», предусматривающий совершенствование предоставления государственных услуг в области содействия занятости гражданам в части создания условий для реализации безработными гражданами права на труд в другой местности по имеющимся у них профессиям (специальностям) и повышения трудовой мобильности безработных граждан. Проектом федерального закона предусматривается механизм оказания государственной поддержки безработным гражданам, желающим переехать с целью трудоустройства в другую местность. В основе предлагаемого механизма закладывается принцип дифференцированной государственной поддержки в зависимости от территории вселения. Реализация предлагаемых изменений позволит стимулировать переезд граждан в территории, испытывающие недостаток трудовых ресурсов, создать условия для трудоустройства российских безработных граждан в регионах с высокой потребностью в иностранных работниках.

■ Подготовлен проект федерального закона «О внесении изменения в статью 18.1 Федерального закона “О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации”», предусматривающий изменение сроков утверждения перечня профессий (специальностей, должностей) иностранных граждан — квалифицированных специалистов, трудоустраивающихся по имеющейся у них профессии (специальности), на которых квоты на осуществление иностранными гражданами трудовой деятельности в Российской Федерации не распространяются. Принятие проекта федерального закона позволит оперативно реагировать на изменения на рынке труда Российской Федерации путем освобождения от квот профессий, по которым недостаточно российских специалистов, или введения квотирования по тем профессиям, по которым достаточно российских работников.



Приняты постановления Правительства РФ:

- Постановление Правительства РФ от 12.08.2010 № 618 «Об утверждении методики определения общего объема средств, предусмотренных в федеральном бюджете в виде субвенций бюджетам субъектов Российской Федерации и г. Байконура на осуществление переданных полномочий Российской Федерации в области содействия занятости населения»;
- Постановление Правительства РФ от 29.06.2010 № 475 «О внесении изменений в постановление Правительства Российской Федерации от 7 ноября 2009 года № 902 «О дополнительных мерах по снижению напряженности на рынке труда Самарской области»;
- Постановление Правительства РФ от 21.06.2010 № 459 «О дополнительных мерах по снижению напряженности на рынке труда Кировской области»;
- Постановление Правительства РФ от 08.12.2010 № 988 «О внесении изменений в постановление Правительства Российской Федерации от 21 ноября 2000 года № 875 «О Правилах отнесения территорий к территориям с напряженной ситуацией на рынке труда»;
- Постановление Правительства РФ от 12.10.2010 № 812 «О размерах минимальной и максимальной величин пособия по безработице на 2011 год».

Утверждены приказы Минздравсоцразвития России:

- приказ Минздравсоцразвития России от 30.09.2010 № 847н «Об утверждении Порядка регистрации безработных граждан»;
- приказ Минздравсоцразвития России от 14.10.2010 № 884н «Об утверждении профессиональных и квалификационных требований к руководителям государственных учреждений службы занятости населения субъектов Российской Федерации»;
- приказ Минздравсоцразвития России от 08.11.2010 № 971н «Об утверждении Административного регламента исполнения Федеральной службой по труду и занятости государственной функции по принятию решения о переводе гражданина, проходящего альтернативную гражданскую службу, из одной организации в другую»;
- приказ Минздравсоцразвития России от 08.11.2010 № 972н «О порядке ведения регистров получателей государственных услуг в сфере занятости населения (физических лиц и работодателей), включая порядок, сроки и форму представления в них сведений».

В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ТРУДА

- Принят приказ Минздравсоцразвития России от 01.04.2010 № 205н «Об утверждении перечня услуг в области охраны труда, для оказания которых необходима аккредитация, и Правил аккредитации организаций, оказывающих услуги в области охраны труда». В соответствии с Правилами аккредитация организации, оказывающей услуги в области охраны труда, осуществляется в уведомительном порядке.

В ОБЛАСТИ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ КОРРУПЦИИ

- Разработано типовое положение о подразделении по профилактике коррупционных и иных правонарушений кадровой службы федерального государственного органа.
- Подготовлен проект постановления Правительства РФ «О порядке сообщения работодателем при заключении трудового договора с гражданином, замещавшим должности государственной или муниципальной службы, перечень которых устанавливается нормативными правовыми актами Российской Федерации, в течение 2 лет после его увольнения с государственной или муниципальной службы о заключении такого договора представителю нанимателя (работодателю) государственного или муниципального служащего по последнему месту его службы» (подписано 8 сентября 2010 года за № 700).
- Подготовлен проект указа Президента РФ «О мерах по реализации отдельных положений Федерального закона «О противодействии коррупции» от 21.07.2010 № 925».
- Подготовлен проект федерального закона «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с введением ротации на государственной гражданской службе».



МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ
РОССИИ

Пенсионное обеспечение и социальное страхование

В 2010 году в рамках деятельности по развитию пенсионной системы и социального страхования Министерство здравоохранения и социального развития РФ реализовало программы:

1

**ПОВЫШЕНИЕ
РЕАЛЬНОГО
УРОВНЯ
ПЕНСИОННОГО
ОБЕСПЕЧЕНИЯ**

2

**УСИЛЕНИЕ
СТРАХОВЫХ
ПРИНЦИПОВ
СИСТЕМЫ
СОЦИАЛЬНОГО
СТРАХОВАНИЯ**

3

**СТИМУЛИРОВАНИЕ
РАЗВИТИЯ
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО
ПЕНСИОННОГО
ОБЕСПЕЧЕНИЯ**



Реализованные с 2010 года меры по совершенствованию пенсионной системы повлекли за собой ряд серьезных изменений в работе пенсионной системы и в уровне пенсионного обеспечения людей. В результате соотношение средней пенсии и заработной платы по стране приблизилось к европейскому стандарту — 40%.

С 1 января 2010 года вступил в силу Федеральный закон (№ 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования»). Его реализация обеспечила достижение целевых ориентиров пенсионной системы, поставленных в Концепции долгосрочного социально-экономического развития страны (КДР-2020)

Ликвидация бедности среди пенсионеров. С января 2010 года пенсионное обеспечение всех пенсионеров независимо от типа пенсионного обеспечения стало не ниже прожиточного минимума пенсионера, установленного в соответствующем субъекте Российской Федерации.

Благодаря мерам, проведенным в 2010 году, к концу года средний размер трудовой пенсии по старости составил 8182 рублей.

Переход на страховой принцип финансирования системы социального страхования позволил избежать сокращения социальных гарантий даже в период мирового финансового кризиса.

ЦИТАТА

«Именно в период экономических трудностей мы смогли реализовать проект совершенствования пенсионной системы и существенно повысить пенсии».

Из выступления Председателя Правительства РФ В. Путина на заседании Президиума Правительства Российской Федерации, 01.12.2010

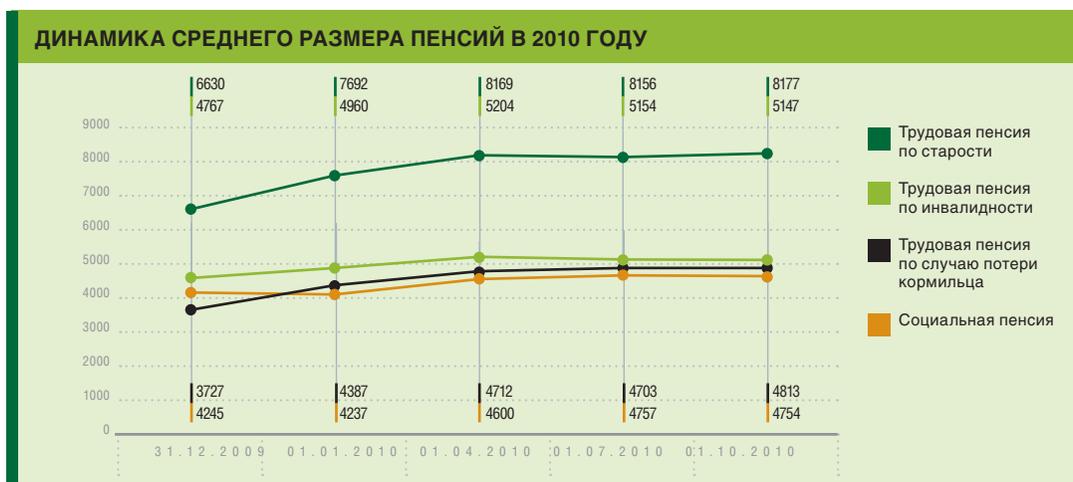
«Во-первых, скажу, что действительно год 2009, да и 2010 были годами повышения пенсий. И огромные ресурсы бюджета были брошены именно на это. И изменения в пенсионной системе, которые произошли, позволили нам качественно улучшить пенсионную систему».

А. Жуков в интервью телеканалу «Россия 1», 24.04.2010

ПЕНСИОННОЕ И ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ



В 2010 ГОДУ В РОССИИ ПРОИЗОШЛО САМОЕ ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ ПЕНСИОННЫХ ВЫПЛАТ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 10 ЛЕТ





РОСТ СРЕДНЕГО РАЗМЕРА ТРУДОВОЙ ПЕНСИИ В 2009–2010 ГОДУ



КАЛЕНДАРЬ КЛЮЧЕВЫХ СОБЫТИЙ

1 ЯНВАРЯ

Валоризация пенсионных прав.
Введение социальных доплат.

16 МАРТА

Расширенное заседание правления пенсионного фонда РФ.

1 АПРЕЛЯ

Повышение страховой части трудовой пенсии на 6,3% (по доходам ПФР).
Индексация социальных пенсий на 8,8% (с учетом темпов роста потребительских цен за прошедший год).

1 ИЮЛЯ

Индексация социальных пенсий на 3,41% (дополнительная индексация с учетом роста прожиточного минимума пенсионера в за тот же период и коэффициента их индексации с 1 апреля 2010 года).

16 НОЯБРЯ

Третий российский пенсионный форум.

С 2010 года реализован механизм поддержания минимального уровня материального обеспечения пенсионера, в котором доход неработающего пенсионера не может быть ниже величины прожиточного минимума пенсионера в регионе, где проживает человек.

Для поддержания доходов неработающих пенсионеров на уровне не ниже величины прожиточного минимума пенсионера, определенного в регионе, начиная с 1 января 2010 года производятся социальные доплаты к пенсии.

По состоянию на 1 октября 2010 года численность получателей социальных доплат к пенсии в России составила 4,8 млн человек, из них федеральную социальную доплату в 66 регионах получают 2,4 млн человек; а региональную социальную доплату в 18 регионах получают 2,4 млн человек.

Средний размер федеральной социальной доплаты к пенсии составляет по регионам от 537 до 1547 рублей.

ВОПРОС

Кто может рассчитывать на соцдоплату и что надо сделать, чтобы ее получить?

ОТВЕТ

Если неработающий пенсионер, чья общая сумма материального обеспечения ниже прожиточного минимума, проживает в регионе, где этот показатель не превышает федеральный, то Пенсионным фондом Российской Федерации ему будет установлена федеральная доплата.

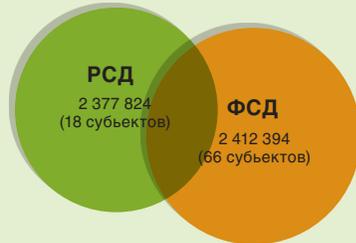
Если общая сумма материального обеспечения пенсионера ниже прожиточного минимума в субъекте РФ, где этот показатель выше федерального, то ему полагается региональная социальная доплата, которая будет производиться органами социальной защиты населения соответствующего региона.

Установление соцдоплаты носило беззаявительный характер — ПФР и органы соцзащиты определяли уровень материального обеспечения неработающего пенсионера на основе имеющихся у них сведений. Об установлении соцдоплаты каждый пенсионер был уведомлен индивидуально. Иными словами, для получения соцдоплаты пенсионеру не надо было самому собирать какие-либо документы или посещать органы соцзащиты, отделения ПФР.



ЛИКВИДАЦИЯ БЕДНОСТИ ЧЕРЕЗ СОЦИАЛЬНЫЕ ДОПЛАТЫ

В целом по Российской Федерации — 4 790 218 человек
(по состоянию на октябрь 2010 года)



РСД — региональная социальная доплата к пенсии
ФСД — федеральная социальная доплата к пенсии

В условиях глобального финансового кризиса ключевой задачей стало поддержание уровня жизни пенсионеров. Одним из основных механизмов достижения этого стало проведение валоризации — переоценки пенсионных прав людей, имеющих трудовой стаж до 2002 года, а также «советский» стаж до 1991 года.

Эта мера по пересмотру пенсий была тщательно просчитана и обоснована. Чтобы не увеличивать нагрузку на бизнес, источником ее финансирования был определен федеральный бюджет. Жизнь доказала, что это был абсолютно оправданный и необходимый шаг с социальной точки зрения. Без принятия программ валоризации и социальных доплат

пенсионерам государству не удалось бы поддержать жизненный уровень людей старшего поколения в условиях финансового кризиса.

В случае отказа от валоризации средний размер трудовой пенсии был бы не более 6,7 тыс. рублей, Меры по валоризации пенсионных прав позволили увеличить пенсии у 36 млн пенсионеров. Средняя сумма увеличения у получателей трудовой пенсии по старости составила 1090 рублей. При этом увеличение от 1000 до 1500 рублей получили свыше 30% от общего числа получателей трудовых пенсий по старости, свыше 1500 рублей — 23% от общего числа получателей трудовых пенсий по старости.

В результате валоризации средний размер трудовой пенсии в России составил 7334 руб., в том числе трудовой пенсии по старости — 7692 руб.

Также в 2010 году были проведены индексации пенсий. С 1 апреля 2010 года страховая часть трудовой пенсии по старости, трудовые пенсии по инвалидности и трудовые пенсии по случаю потери кормильца дополнительно увеличены на 6,3%. В результате средний размер трудовой пенсии по старости составил 8169 рублей в месяц, т.е. увеличился на 477 рублей. Размеры трудовых пенсий по инвалидности и по случаю потери кормильца увеличились соответственно до 5204 и 4712 рублей.

В результате этого, по состоянию на III квартал т.г. средний размер трудовой пенсии по старости составил 8182 рубля.

ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВАЛОРИЗАЦИИ

	СРЕДНИЙ РАЗМЕР ПЕНСИИ (по состоянию на 1 января 2010 года)	В ТОМ ЧИСЛЕ УВЕЛИЧЕНИЕ ПЕНСИИ ЗА СЧЕТ ВАЛОРИЗАЦИИ
Трудовая пенсия	7334	+1014
по старости	7692	+1090
по инвалидности	4960	+354
по случаю потери кормильца	4387	+675
из числа получателей двух пенсий:		
Инвалиды вследствие военной травмы	17 597	+1715
Участники ВОВ	17 690	+1855
Вдовы погибших военнослужащих	13 009	+767
Родители погибших военнослужащих	12 234	+1040



ВОПРОС | *Что такое «валоризация» и в чем ее смысл?*

ОТВЕТ

В ходе валоризации расчетный пенсионный капитал россиян, зафиксированный в базе данных ПФР по состоянию на 1 января 2002 года, был приумножен на 10%. Помимо этого расчетный пенсионный капитал был индивидуально увеличен у всех россиян, имеющих «советский» трудовой стаж — на 1% за каждый год трудового стажа, выработанного до 1991 года.

Так же как и определение социальных доплат, валоризация носила беззаявительный характер. Все расчеты ПФР провел автоматически. При этом для целей валоризации у 11,6 млн пенсионеров дополнены сведения о трудовом стаже на основе индивидуальной работы с пенсионерами и архивными документами.

Важно, что все дальнейшие плановые индексации в 2010 году применялись к уже увеличенной посредством валоризации пенсии.

Также в 2010 году производилось повышение социальных пенсий, пенсий по государственному пенсионному обеспечению и других социальных выплат, размеры которых определены исходя из соответствующих размеров социальных пенсий.

В соответствии с новым механизмом индексация социальных пенсий проводилась с 1 апреля 2010 года на 8,8% с учетом темпов роста потребительских цен за прошедший год. А с 1 июля 2010 года была проведена дополнительная индексация на 3,41% с учетом роста прожиточного минимума пенсионера в Российской Федерации за тот же период и коэффициента их индексации с 1 апреля 2010 года.

В результате июльского повышения средний размер социальной пенсии составил 4757 рублей в месяц.

В 2011 году также планируется провести все предусмотренные законом индексации пенсий.

С 1 февраля 2011 года трудовые пенсии будут проиндексированы на 8% для 36,6 млн пенсионеров. Пенсии по государственному пенсионному обеспечению в 2011 году в общей сложности увеличатся на 9,1%, в том числе с 1 апреля 2011 года на 8% для 3,3 млн пенсионеров. Помимо этого размеры ЕДВ с 1 апреля 2011 года увеличатся на 6,5% для 17 млн человек.

Минимальный уровень пенсионного обеспечения с учетом предоставляемых мер социальной поддержки и установления социальной доплаты к пенсии у 2,5 млн неработающих пенсионеров будет равен величине прожиточного минимума пенсионера в субъекте Российской Федерации. В 2012 году трудовые пенсии в общей сложности увеличатся на 8,9%; пенсии по государственному пенсионному обеспечению — на 10,4%; размеры ЕДВ — на 6%.

В 2010 году продолжалась работа по развитию правовой базы международного сотрудничества в области социального обеспечения.

В рамках реализации госполитики по защите интересов соотечественников за рубежом были проведены консультации на уровне делегаций экспертов по проектам договоров о пенсионном (социальном) и подготовке административных соглашений по применению ранее подписанных договоров (ФРГ, Венгрия, Болгария, Эстония, Литва).

Например, подписание соглашения, регулирующего реализацию договора о социальном обеспечении, между Россией и Болгарией затрагивает более 60 тыс. человек и касается механизма выплат пенсий и пособий гражданам России и Болгарии, проживающих в Болгарии и России соответственно.



ПЕРЕХОД НА СТРАХОВЫЕ ПРИНЦИПЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ

С января 2010 года в Российской Федерации восстановлена система страховых взносов. Это залог существования устойчивой и справедливой системы социального страхования, неотъемлемой частью которого является обязательное пенсионное страхование.

В результате перевода системы на принципы именно социального страхования удалось достичь значительного увеличения размера пособий по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством.

ИЗМЕНЕНИЕ РАЗМЕРОВ ПОСОБИЙ ПО ВРЕМЕННОЙ УТРАТЕ ТРУДОСПОСОБНОСТИ



КАЛЕНДАРЬ КЛЮЧЕВЫХ СОБЫТИЙ

1 ЯНВАРЯ

Вступление в силу 212 и 213 Федеральных законов.

16 ИЮЛЯ

Всероссийское совещание управляющих региональными отделениями Фонда социального страхования РФ.

16 ОКТЯБРЯ

Президент РФ Дмитрий Медведев подписал Федеральный закон № 272-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования» и в статью 33 Федерального закона «Об обязательном пенсионном страховании в Российской Федерации»», предусматривающий установление пониженных тарифов страховых взносов для отдельных категорий плательщиков на переходный период 2011–2019 годов.

16 НОЯБРЯ

Третий российский пенсионный форум.

8 ДЕКАБРЯ

Президент РФ Дмитрий Медведев подписал Федеральный закон № 339-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования» и отдельные законодательные акты Российской Федерации», касающийся льгот по уплате страховых взносов во внебюджетные фонды для СМИ.

1 ЯНВАРЯ 2011 ГОДА

Возврат к полному страховому тарифу (34%).

Вступившие в силу с января 2010 года 212 и 213 Федеральные законы закрепили страховые принципы функционирования системы пенсионного страхования в России.

Параметры тарифов установлены таким образом, чтобы обеспечить застрахованному лицу за 30 лет уплаты страховых взносов пен-



сию по старости не ниже 40% его утраченного заработка, на который начислялись страховые взносы. Это соответствует международным минимальным нормам пенсионного обеспечения.

Был введен предельный размер выплат работнику для начисления страховых взносов в 2010 году в размере 415 тыс. рублей с последующей ежегодной индексацией этого предельного размера в соответствии с ростом средней заработной платы. С 1 января 2011 года данный предельный размер составит 463 тыс. рублей

Система социального страхования основанная на страховых взносах позволила значи-

тельно укрепить связь между размером страховых выплат и размером страховых взносов, а также продолжительностью их уплаты.

Благодаря реформе социального страхования в 2010 году стало возможным:

- сбалансировать систему социального страхования без дополнительного увеличения нагрузки на бизнес (размер страховых взносов в Фонд социального страхования и база для их взимания увеличены не были);
- сформировать систему социального страхования и бюджет ФСС строго в соответствии со страховыми принципами.

ВОПРОС

Приведет ли дефицит пенсионного фонда к коллапсу пенсионной системы и будет ли в связи с этим повышен пенсионный возраст?

ОТВЕТ

Стоит отметить, что это проблема всех современных государств, которая связана с общими демографическими трендами — ростом продолжительности жизни и сокращением рождаемости.

Такой «демографический» дефицит покрывается либо увеличением отчислений в пенсионные фонды с фонда оплаты труда, либо закреплением налоговых источников (возможно, временно), либо за счет бюджетных ассигнований. Многие страны в этих целях формируют специальные резервные фонды или фонды будущих поколений. Но у каждого государства есть своя специфика пенсионной системы, поэтому одинаковых и типовых для всех решений проблемы как дефицита пенсионного фонда, так и повышения пенсионного возраста нет.

В России размер пенсии находится в прямой зависимости от размера уплаченных страховых взносов. Иными словами, с увеличением пенсионного возраста растет и сумма перечисленных за работника страховых взносов, а значит, и объем обязательств государства перед ним. Это приводит к росту расходов, а в перспективе 15–20 лет — к существенному дефициту пенсионного фонда.

Кроме того, средняя продолжительность жизни в России у женщин — 75 лет, а у мужчин — 62 с небольшим года. И проводить повышение пенсионного возраста, не решив проблемы с должным медицинским и социальным обеспечением, чтобы увеличить продолжительность жизни, преждевременно.

Есть и еще одна наша особенность, которую мало кто просчитывает, — у нас большое количество людей, которые уходят на досрочные пенсии в 45–50 лет. И платит за этих пенсионеров также Пенсионный фонд. И это тоже одна из причин дефицита.

Повышение пенсионного возраста — далеко не единственная и далеко не всегда эффективная мера борьбы с дефицитом бюджета Пенсионного фонда.

Допустим, досрочные пенсии. Необходимо внедрять современные системы охраны труда, чтобы предотвращать риски для здоровья работников и снижать производственные травмы, которые приводят к досрочному выходу на пенсию.

Также нужно мотивировать людей предпенсионного возраста, если у них есть желание и возможность трудиться. Чтобы человек, если он хочет, мог работать и после достижения 55–60 лет.

Но в то же время уже со следующего года, в том числе и за счет возврата к ставке страховых взносов, действовавшей до 2005 года, размер дефицита ПФР начинает уменьшаться. Так если в этом году он составляет 2,9% ВВП, то уже в 2011 году сокращается до 1,8% ВВП.



ВОПРОС

Было много разговоров о введении льготных тарифов для инновационного бизнеса. Каков результат?

ОТВЕТ

Принципиальным моментом для реализации страховых принципов является радикальное изменение с 2010 года государственной тарифной политики.

Для этого в порядке реализации Федерального закона № 212-ФЗ с 1 января 2010 года осуществлен переход от налогового к страховому механизму формирования доходов пенсионной системы и обязательного социального страхования путем упразднения единого социального налога и введения страховых взносов на обязательное пенсионное и социальное страхование по единому для всех организаций и работодателей тарифу независимо от принадлежности к той или иной сфере экономической деятельности.

Однако с учетом мероприятий государственной антикризисной программы для поддержки бизнеса и смягчения пенсионной нагрузки на него сохранены на 2010 год ставки тарифа страховых взносов на уровне ставки единого социального налога: 20% — на обязательное пенсионное страхование, 2,9% — в Фонд социального страхования Российской Федерации, 3,1% — в фонды обязательного медицинского страхования (с 1 января 2011 года предусматривается установление страхового тарифа в размере 34%, в том числе 26% — на обязательное пенсионное страхование, исходя из необходимого объема финансирования трудовых пенсий, в том числе финансирования ее базовой части за счет этого источника; 2,9% — на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством; 5,1% — на обязательное медицинское страхование).

Одновременно установлен льготный переходный период, в течение которого для страхователей, имеющих налоговые льготы по уплате единого социального налога, предусматривается сохранение пониженного тарифа страхового взноса.

При этом в целях государственной гарантии пенсионных прав застрахованных лиц реализован экономический механизм компенсации части страхового взноса и выпадающих в связи с этим доходов системы обязательного пенсионного страхования за счет средств федерального бюджета для страхователей с льготным режимом уплаты страховых взносов, для которых в течение 2011–2014 годов применяются льготные тарифные ставки в Пенсионный фонд Российской Федерации: в течение 2011–2012 годов — 16%; в течение 2013–2014 годов — 21%.

Более того, дополнительно к перечисленным льготам с 2011 года до 2019 года введен льготный режим уплаты страховых взносов для определенных категорий страхователей, осуществляющих деятельность в области информационных технологий, хозяйственных обществ, созданных бюджетными научными учреждениями и учреждениями высшего профессионального образования, а также для организаций и предпринимателей, имеющих статус резидента технико-внедренческой особой экономической зоны. Для организаций, получивших статус участников проекта по осуществлению исследований, разработок и коммерциализации их результатов в соответствии с Федеральным законом «Об инновационном центре «Сколково»» и отвечающих критериям, определенным в законодательстве, в течение десяти лет со дня получения ими статуса участника проекта также будут применяться пониженные ставки страховых взносов.



ПОНИЖЕННЫЕ ТАРИФЫ СТРАХОВОГО ВЗНОСА В ПЕНСИОННЫЙ ФОНД РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ДЛЯ ОТДЕЛЬНЫХ КАТЕГОРИЙ СТРАХОВАТЕЛЕЙ

2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Общеустановленный тариф										
20%	26%	26%	26%	26%	26%	26%	26%	26%	26%	26%
Сельскохозяйственные товаропроизводители, организации народных художественных промыслов, организации родовых, семейных общин коренных малочисленных народов Севера, занимающиеся традиционными отраслями хозяйствования										
15,8%	16%	16%	21%	21%	26%	26%	26%	26%	26%	26%
Организации и индивидуальные предприниматели, имеющие статус резидента технико-внедренческой особой экономической зоны и производящие выплаты физическим лицам, работающим на территории указанной зоны										
14%	8%	8%	8%	8%	8%	8%	8%	13%	20%	26%
Организации и индивидуальные предприниматели, применяющие единый сельскохозный налог										
10,3%	16%	16%	21%	21%	26%	26%	26%	26%	26%	26%
Организации, использующие труд инвалидов, общественные организации инвалидов и учреждения общественных организаций инвалидов										
14%	16%	16%	21%	21%	26%	26%	26%	26%	26%	26%
Организации и индивидуальные предприниматели средств массовой информации										
—	20%	20,8%	21,6%	23,2%	26%	26%	26%	26%	26%	26%
Хозяйственные общества, созданные бюджетными научными и образовательными учреждениями										
—	8%	8%	8%	8%	8%	8%	8%	13%	20%	26%
Организации и индивидуальные предприниматели, осуществляющие деятельность в области информационных технологий										
—	8%	8%	8%	8%	8%	8%	8%	13%	20%	26%

Переход от ЕСН к страховым взносам позволил отказаться от искусственного ограничения размера пособий по временной нетрудоспособности.

С введением принципа начисления страховых взносов на заработок, не превышающий установленного предела в год (415 тыс. рублей в 2010 году), были упразднены прямые ограничения размеров пособий по временной нетрудоспособности, по беременности и родам, ежемесячного пособия по уходу за ребенком

максимальным размером, что прежде нарушало принцип эквивалентности обязательных платежей и страховых выплат.

Размеры пособий исчисляются в процентах от заработка, на который начисляются страховые взносы. Таким образом, для подавляющего большинства россиян пособия по временной нетрудоспособности находятся в прямой зависимости от размера их заработка, а не ограничиваются установленными пределами.

В РЕЗУЛЬТАТЕ ВВЕДЕНИЯ ЭТИХ МЕР МАКСИМАЛЬНЫЕ СУММЫ ВЫПЛАТ, КОТОРЫЕ ПОЛУЧАЛИ ЗАСТРАХОВАННЫЕ ЛИЦА В 2010 ГОДУ, СОСТАВИЛИ:

Вид пособия	Правила расчета	Максимальная сумма выплаты (2010 год)
Пособие по временной нетрудоспособности		
при страховом стаже до 5 лет	60% заработка	20 750 рублей
при страховом стаже от 5 до 8 лет	80% заработка	27 666 рубля
при страховом стаже 8 лет и более	100% заработка	34 583 рубля
Пособие по беременности и родам		
	100% заработка	34 583 рубля
Ежемесячное пособие по уходу за ребенком		
	40% заработка	13 833 рубля



С 2011 года произойдет переход к расчету пособий по социальному страхованию на основе заработка за два календарных года, предшествующих году наступления страхового случая (сегодня этот срок — 12 месяцев, предшествующих месяцу наступления страхового случая).

Эта мера направлена на реализацию принципа эквивалентности между размером отчислений в Фонд социального страхования и уровнем страхового обеспечения застрахованных лиц. Пособие по социальному страхованию должно рассчитываться исходя из устойчивого заработка сотрудника.

Ситуация, когда период выплаты пособия превышает период формирования социальных прав, — прямое нарушение принципа социального страхования.

При выборе периода учитывался опыт обязательного пенсионного страхования (трудовая пенсия исчисляется из заработка за двухгодичный период). Как показала практика, двухгодичный период наиболее объективно отражает реально получаемый работником заработок и позволяет исключить возможную несправедливость, причем как в сторону завышения размера выплат, так и в сторону занижения. В текущем году у человека может быть и более низкая заработная плата, чем в предыдущем.

Важно, что для «устойчиво» работающих и страхующихся людей социальных ухудшений не произойдет.

С 2011 года количество дней «больничного», оплачиваемого работодателем, увеличится с 2-х до 3-х.



Ответственность за создание сбалансированной системы социального страхования должна равномерно распределяться между всеми сторонами. Именно поэтому предлагается увеличить количество дней «больничного», оплачиваемых работодателем.

Сам работодатель влияет на здоровье своих сотрудников путем создания благоприятных условий труда и проведения профилактических мероприятий, например вакцинации работников. Причем это касается не только тех, кто работает на вредных или опасных производствах, но и офисных работников.

Увеличение количества оплачиваемых работодателем дней «больничного» будет стимулировать работодателей к улучшению условий труда.



ПЕНСИОННОЕ СТРАХОВАНИЕ И РАЗВИТИЕ ПЕНСИОННОЙ СИСТЕМЫ

Программа софинансирования пенсионных накоплений нацелена на повышение благосостояния будущих пенсионеров за счет собственного участия в формировании пенсий.

Не менее важным направлением реализации пенсионной политики государства является комплекс мероприятий по совершенствованию механизма пенсионных накоплений.

КАЛЕНДАРЬ КЛЮЧЕВЫХ СОБЫТИЙ

21 АПРЕЛЯ

Конференция «Будущее пенсионного рынка».

28 АПРЕЛЯ

Круглый стол «Перспективы развития пенсионной системы России» с представителями профсоюзов.

21 ИЮНЯ

Ежегодная конференция «Модернизация пенсионной системы России».

1 СЕНТЯБРЯ

Вступить в программу софинансирования пенсионных накоплений стало возможным через интернет-портал государственных услуг.

16 НОЯБРЯ

Третий российский пенсионный форум.

23 ДЕКАБРЯ

Научно-практическая конференция, посвященная перспективам развития пенсионной системы.

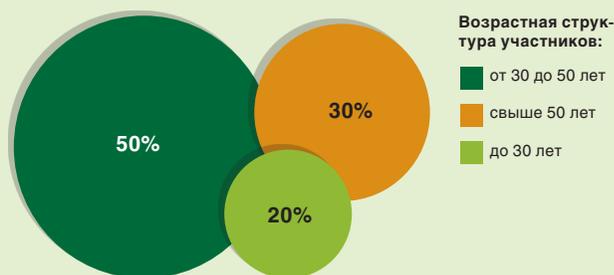
Для стимулирования формирования пенсионных накоплений и повышения уровня пенсионного обеспечения граждан в соответствии с Федеральным законом от 30 апреля 2008 года № 56-ФЗ «О дополнительных страховых взносах на накопительную часть трудовой пенсии и государственной поддержке формирования пенсионных накоплений» продолжает действовать программа государственного софинансирования пенсионных накоплений.

На 15 октября 2010 года в программу вступило почти 3,3 млн человек, из которых платежи дополнительных страховых взносов произвели 752 тыс. человек, что составляет 23% от числа лиц, вступивших в программу государственного софинансирования на общую сумму 4,5 млрд рублей. Средний размер уплаченных страховых взносов — 6 тыс. рублей за год.

В апреле 2010 года запланированные средства федерального бюджета на софинансирование поступили в бюджет Пенсионного фонда РФ, объем этих средств составил 2,5 млрд рублей. Указанные средства отражены в специальной части индивидуальных лицевых счетов застрахованных лиц, участвующих в программе софинансирования, с учетом удвоения уплаченных пенсионных накоплений.



ВОЗРАСТНАЯ СТРУКТУРА ГРАЖДАН, ПРИНЯВШИХ УЧАСТИЕ В ПРОГРАММЕ СОФИНАНСИРОВАНИЯ



Программой государственного софинансирования добровольных пенсионных отчислений уже воспользовались **3 247 000** граждан

Из их числа **~1 000 000** вступили в программу в 2010 году.

ВОПРОС | Какую реальную прибавку к пенсии даст участие в программе софинансирования пенсий?

ОТВЕТ

Участие в программе софинансирования пенсионных накоплений может дать вам прибавку к пенсии примерно в 3,2 тыс. рублей в месяц. Это вполне реально. Рассмотрим конкретный пример. Человек вступил в программу софинансирования пенсионных накоплений в 2009 году, ежемесячно отчисляя 1 тыс. рублей. Через пять лет он или она достигли пенсионного возраста, но продолжают работать и участвовать в программе, отложив назначение пенсии на пять лет. Как мы знаем, такой категории людей государство доплачивает к накоплениям самого человека ту же сумму, но в четырехкратном размере с ограничением — не более 48 тыс. рублей в год. В итоге, когда через 10 лет (после вступления в программу) человек выходит на пенсию, его ежемесячная прибавка составит примерно 3,2 тыс. рублей (с учетом инфляции).

Для человека, вступившего в программу софинансирования пенсионных накоплений в 2009 году, которому до пенсии осталось 10 лет прибавка может составить 1,5 тыс. рублей. При расчете этих сумм учитывались перечисления самого человека, государства, ожидаемая доходность пенсионных накоплений и установленный законодательством «ожидаемый период выплаты» пенсии.

Совершенствование негосударственного пенсионного обеспечения является неотъемлемой частью концепции совершенствования национальной пенсионной системы.

Меры по совершенствованию пенсионной системы, намеченные к реализации с 1 января 2010 года, направлены в первую очередь на улучшение уровня жизни людей старшего поколения.

Негосударственное пенсионное обеспечение во всем мире является важным элементом национальной пенсионной системы. В 2009 году Министерство здравоохранения и социального развития РФ сформировало рабочую группу для подготовки Концепции развития негосу-

дарственного пенсионного обеспечения на период до 2020 года». Концепция призвана стать составной частью общей программы пенсионных преобразований в стране.

Ее принятие позволит решить основные проблемы развития негосударственного пенсионного обеспечения:

- создать стимулы для работодателей и работников формировать дополнительный пенсионный капитал;
- усилить требования к надежности негосударственных пенсионных фондов и управляющих компаний;
- повысить уровень прозрачности деятельности НПФ и УК.



«Национальная ассоциация пенсионных фондов (НАПФ) считает, что предложения Минздравсоцразвития по модернизации пенсионной системы РФ смогут стимулировать развитие отрасли, но эффект от их внедрения будет определяться способами их реализации. “Мы будем поддерживать все, что будет способствовать развитию накопительной составляющей пенсионной системы, развитию системы НПФ, все, что будет способствовать реализации нашими гражданами права перевести их средства в НПФ”, — сказал в интервью РИА Новости президент НАПФ Константин Угрюмов».

РИА Новости, 03.03.2010

ПРИОРИТЕТНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДОЛГОСРОЧНОЙ СТРАТЕГИИ РАЗВИТИЯ ПЕНСИОННОЙ СИСТЕМЫ

- **Реформа досрочных и льготных пенсий.**
- **Повышение эффективности пенсионных накоплений.** Создание нормативно-правовых условий для эффективного и надежного функционирования накопительного компонента пенсионной системы.
- **Совершенствование пенсионной формулы** исходя из принципа эквивалентности пенсионных прав и обязательств (с учетом страхового стажа; демографических и макроэкономических параметров и пр.).

Среди задач по совершенствованию пенсионной системы — решение проблем, тормозящих позитивное развитие пенсионной системы.

Среди них первоочередная — проблема реформирования досрочных пенсий.

До сих пор треть пенсионеров по старости, пенсия которым в разные годы назначалась досрочно, не достигла общеустановленного пенсионного возраста. Каждое третье новое назначение пенсий по старости составляют получатели досрочных пенсий. Финансирование досрочных периодов отвлекает из пенсионного бюджета около четверти всех финансовых ресурсов и резко снижает общий уровень материального обеспечения пенсионеров по старости, выходящих на пенсию в общеустановленном пенсионном возрасте.

Необходима модернизация накопительного компонента пенсионной системы.

В начале пенсионной реформы был сделан выбор в пользу сочетания распределительных и накопительных принципов в развитии пенсионной системы. Но, к сожалению, введение накопительного компонента не сопровождалось соответствующим изменением нормативно-правовой базы. Это делает накопительную систему пока что малоэффективной и не позволяет ей способствовать существенному повышению пенсии будущих пенсионеров.

Так, не проработаны механизмы установления, исчисления и выплаты накопительной части пенсии, в то время как некоторые категории застрахованных лиц уже получили право на ее выплату, а через год-два такие права приобретет многомиллионная армия первого поколения участников пенсионных накоплений.

Помимо этого до сих пор не находит решения проблема гарантии сохранности пенсионных накоплений, не говоря уже об ответственности негосударственного пенсионного фонда, управляющей компании за минимальный уровень доходности пенсионных накоплений. Следует отметить, что во многих странах с развитым накопительным компонентом частные пенсионные страховщики не только гарантируют полную сохранность, но и доходность не ниже установленного минимума. Освобождены в нашей стране от всякой финансовой ответственности перед застрахованными лицами и учредители НПФ и управляющих компаний.

Также необходимо разработать законодательную базу, регулирующую порядок страхования риска отзыва лицензии у негосударственного пенсионного фонда.

Основная задача перспективного развития пенсионной системы обозначена в Бюджетном послании Президента Российской Федерации Федеральному Собранию «О бюджетной политике в 2011–12–13 годах» и сформулирована как необходимость «разработать ясную программу долгосрочного развития пенсионной системы, обеспечивающую социально приемлемый уровень пенсий по сравнению с заработной платой (по крайней мере в пределах величины, на которую начисляются социальные взносы) и в то же время исключая дальнейшее повышение ставки социальных взносов, так и рост дефицита пенсионной системы».



Поскольку разработка такой стратегической программы является сложной и объемной работой, требующей всестороннего анализа сложившихся тенденций в развитии системы пенсионного обеспечения не только в Российской Федерации, но и в зарубежных странах, то предваряет подготовку этого документа аналитический доклад Минздравсоцразвития России «Итоги пенсионной реформы и долгосрочные перспективы развития пенсионной системы Российской Федерации с учетом влияния мирового финансового кризиса».

Аналитический доклад — это наше видение пройденного пути, причин возникновения дефицита пенсионной системы и обзор всех используемых в международной практике способов решения проблем пенсионного обеспечения.

Пенсионная система и ее изменения затрагивают интересы каждого человека. Принципиально важные решения в этой сфере могут приниматься только с учетом объективного мнения всех заинтересованных сторон. Это и государство, и бизнес, и представители экспертного и гражданского общества, и, самое главное, люди, как формирующие, так и уже сформировавшие свои права в пенсионной системе.

Именно поэтому Минздравсоцразвития России открыло форму для комментариев к докладу на своем официальном сайте (minzdravsoc.ru) и открыло обсуждение на официальном блоге Министерства. Обобщив все мнения и взгляды — социальных партнеров, институтов гражданского общества, экспертного сообщества, науки — возможно будет выйти на выработку консолидированного сценария развития пенсионной системы. Как уже отмечалось выше, при анализе возможных путей дальнейшего развития российской пенсионной системы активно использовался опыт ведущих западных стран. Российская сторона принимала участие в международных конференциях и заседаниях, посвященных альтернативам социального развития, с такими международными организациями, как ООН, МАСО, МОТ и т.д.

«Предложенный Минздравсоцразвития механизм использования гражданами пенсионных накоплений приближает российскую пенсионную систему к западным стандартам, говорят эксперты».

Newsru.com, 03.06.2010



Разработанные и принятые нормативно-правовые акты:

В ЦЕЛЯХ РЕАЛИЗАЦИИ ЗАКОНА ОТ 24.07.2009 № 213-ФЗ:

- приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26.02.2010 №112н «Об утверждении разъяснения о применении отдельных норм Федерального закона от 24 июля 2009 года №212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования» в части, касающейся обложения страховыми взносами выплат и иных вознаграждений в пользу физических лиц по договорам авторского заказа, договорам об отчуждении исключительного права на произведения науки, литературы, искусства, издательским лицензионным договорам, лицензионным договорам о предоставлении права использования произведения науки, литературы, искусства» (зарегистрирован 29.04.2010 №17052);
- совместный приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Пенсионного фонда Российской Федерации от 12.03.2010 № 141н/53п «О внесении изменений в Перечень документов, необходимых для установления трудовой пенсии и пенсии по государственному пенсионному обеспечению в соответствии с Федеральными законами «О трудовых пенсиях в Российской Федерации» и «О государственном пенсионном обеспечении в Российской Федерации», утвержденный постановлением Министерства труда и социального развития Российской Федерации и Пенсионного фонда Российской Федерации от 27 февраля 2002 года № 16/19па» (зарегистрирован 09.09.2010 № 18402);
- совместный приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Пенсионного фонда Российской Федерации от 28.04.2010 № 302н/109п «О внесении изменений в Правила выплаты пенсии в соответствии с Федеральными законами «О трудовых пенсиях в Российской Федерации» и «О государственном пенсионном обеспечении в Российской Федерации», утвержденные постановлением Правления Пенсионного фонда Российской Федерации и Министерства труда и социального развития Российской Федерации от 16 февраля 2004 года № 15п/18» (зарегистрирован 28.06.2010 № 17629);
- совместный приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Пенсионного фонда Российской Федерации от 28.04.2010 № 303н/110п «О внесении изменений в Правила обращения за пенсией, назначения пенсии и перерасчета размера пенсии, перехода с одной пенсии на другую в соответствии с Федеральными законами «О трудовых пенсиях в Российской Федерации» и «О государственном пенсионном обеспечении в Российской Федерации», утвержденные постановлением Министерства труда и социального развития Российской Федерации и Пенсионного фонда Российской Федерации от 27 февраля 2002 года № 17/19пб» (зарегистрирован 28.06.2010 № 17627);
- приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12.08.2010 № 620н «О требованиях и условиях, при соблюдении которых производится оплата услуг по доставке трудовых пенсий (части трудовой пенсии по старости) организациям почтовой связи и иным организациям, занимающимся их доставкой, заключившим соответствующие договоры с Пенсионным фондом Российской Федерации (его территориальными органами)» (зарегистрирован 18.10.2010 № 18753);
- приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12.08.2010 № 619н «О признании утратившими силу некоторых приказов Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации» (зарегистрирован 18.10.2010 № 18752).



В ЦЕЛЯХ РЕАЛИЗАЦИИ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА ОТ 18 ИЮЛЯ 2009 ГОДА № 187-ФЗ «О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН “О ГОСУДАРСТВЕННОМ ПЕНСИОННОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ” И СТАТЬЮ 39 ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА “О ГОСУДАРСТВЕННОЙ ГРАЖДАНСКОЙ СЛУЖБЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ”»:

- принят Указ Президента Российской Федерации от 20.09.2010 № 1141 «О перечне должностей, периоды службы (работы) в которых включаются в стаж государственной службы для назначения пенсии за выслугу лет федеральных государственных гражданских служащих»;
- разработан и внесен в Правительство Российской Федерации проект постановления Правительства Российской Федерации «О внесении изменений в постановление Правительства Российской Федерации от 15 сентября 2003 года № 570 «О порядке включения в стаж государственной службы для назначения пенсии за выслугу лет федеральных государственных служащих периодов службы (работы) в государственных должностях федеральной государственной службы, государственных должностях федеральных государственных служащих и других должностях, определяемых Президентом Российской Федерации»».

В ЦЕЛЯХ ДАЛЬНЕЙШЕГО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПЕНСИОННОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА БЫЛИ ПРИНЯТЫ:

Федеральный закон от 10.05.2010 № 84-ФЗ «О дополнительном социальном обеспечении отдельных категорий работников организаций угольной промышленности».

Данный федеральный закон вступает в силу с 1 января 2011 года и позволяет дополнительно повысить уровень пенсионного обеспечения шахтеров путем установления доплаты к пенсии за счет дополнительных средств организаций угольной промышленности.

Указ Президента Российской Федерации от 25.03.2010 № 372 «О внесении изменений в некоторые акты Президента Российской Федерации по вопросам предоставления гражданам дополнительного ежемесячного материального обеспечения за особые заслуги перед Российской Федерацией».

Указ Президента Российской Федерации от 17.06.2010 № 759 «О внесении изменений в Указ Президента Российской Федерации от 16 августа 1995 года № 854 “О некоторых социальных гарантиях лицам, замещавшим государственные должности Российской Федерации и государственные должности федеральной государственной службы” и признании утратившими силу некоторых указов Президента Российской Федерации».

Указ Президента Российской Федерации от 11.10.2010 № 1232 «О внесении изменений в Указ Президента Российской Федерации от 28 августа 2003 года № 995 “О дополнительном ежемесячном материальном обеспечении лиц, замещавших должности первых заместителей и заместителей министров Союза ССР и РСФСР, первых заместителей и заместителей председателей государственных комитетов Союза ССР и РСФСР, заместителей управляющих делами Советов Министров Союза ССР и РСФСР и заместителей председателей комитетов народного контроля Союза ССР и РСФСР”».

Постановление Правительства Российской Федерации от 18.03.2010 № 167 «Об утверждении коэффициента дополнительного увеличения с 1 апреля 2010 года размера страховой части трудовой пенсии по старости и размеров трудовой пенсии по инвалидности и трудовой пенсии по случаю потери кормильца».

Постановление Правительства Российской Федерации от 18.03.2010 № 169 «Об утверждении коэффициента индексации с 1 апреля 2010 года социальных пенсий».



Постановление Правительства Российской Федерации от 21.06.2010 № 457 «Об утверждении коэффициента дополнительной индексации с 1 июля 2010 года социальных пенсий».

Постановление Правительства Российской Федерации от 15.07.2010 № 520 «О внесении изменения в пункт 3 Правил осуществления ежемесячных компенсационных выплат неработающим трудоспособным лицам, осуществляющим уход за нетрудоспособными гражданами».

В целях реализации Федерального закона от 23.07.2008 № 160-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием осуществления полномочий Правительства Российской Федерации» (далее — Федеральный закон от 23 июля 2008 года № 160-ФЗ) разработано и принято постановление Правительства Российской Федерации от 19 января 2010 года № 9 «О внесении изменений в постановление Правительства Российской Федерации от 4 ноября 2003 года № 669 «Об уполномоченном федеральном органе исполнительной власти, осуществляющем государственное регулирование деятельности негосударственных пенсионных фондов по негосударственному пенсионному обеспечению, обязательному пенсионному страхованию и профессиональному пенсионному страхованию, надзор и контроль за указанной деятельностью»».

Это постановление предусматривает уточнение полномочий Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации. В частности, к полномочиям Минздравсоцразвития России как уполномоченного федерального органа исполнительной власти, осуществляющего государственное регулирование деятельности негосударственных пенсионных фондов по негосударственному пенсионному обеспечению, обязательному пенсионному страхованию и профессиональному пенсионному страхованию, а также надзор и контроль за указанной деятельностью, отнесены функции по разработке и утверждению нормативных правовых актов, регулирующих деятельность негосударственных пенсионных фондов.

С целью реализации пункта 3 постановления Правительства Российской Федерации от 17 октября 2009 года № 820 «О порядке признания безнадежными к взысканию и списания недоимки по страховым взносам в государственные внебюджетные фонды и задолженности по начисленным пеням и штрафам» приказом Минздравсоцразвития России от 11.01.2010 № 5н «Об утверждении формы решения о признании безнадежными к взысканию и списания недоимки по страховым взносам в государственные внебюджетные фонды и задолженности по начисленным пеням и штрафам» утверждена необходимая форма.

В целях реализации Федерального закона от 1.04.1996 № 27-ФЗ «Об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования» и в связи с разграничением полномочий Правительства Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом от 23.07.2008 № 160-ФЗ Минздравсоцразвития России разработана и утверждена приказом Минздравсоцразвития РФ от 14.12.2009 № 987н «Об утверждении Инструкции о порядке ведения индивидуального (персонифицированного) учета для целей обязательного пенсионного страхования» (зарегистрировано в Минюсте России 16.02.2010 № 16440) (далее — приказ Минздравсоцразвития России от 14.12.2009 № 987н) Инструкция о порядке ведения индивидуального (персонифицированного) учета для целей обязательного пенсионного страхования.

Инструкция о порядке ведения индивидуального (персонифицированного) учета для целей обязательного пенсионного страхования подготовлена с учетом изменений и дополнений, внесенных в Федеральный закон от 1.04.1996 № 27-ФЗ «Об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования» Федеральными законами от 30.04.2008 № 55-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «О дополнительных страховых взносах на накопительную часть трудовой пенсии и государственной поддержке



формирования пенсионных накоплений» и от 24.07.2009 № 213-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу отдельных законодательных актов (положений законодательных актов) Российской Федерации в связи с принятием федерального закона «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования» в части изменения понятия «отчетного периода»; изменения сроков предоставления отчетности; учета пенсионных прав в части сумм страховых выплат исходя из новых тарифов страховых взносов; изменения порядка предоставления отчетности страхователями при представлении сведений на 50 и более работающих у него застрахованных лиц; учета сумм дополнительных страховых взносов на накопительную часть трудовой пенсии; сроков и порядка предоставления дополнительных страховых взносов на накопительную часть трудовой пенсии и др.

В связи с принятием приказа Минздравсоцразвития России от 14.12.2009 № 987н разработано и принято постановление Правительства Российской Федерации от 15 мая 2010 года № 346 «О признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации», которым, в частности, признано утратившим силу постановление Правительства Российской Федерации от 15 марта 1997 года № 318 «О мерах по организации индивидуального (персонифицированного) учета для целей государственного пенсионного страхования».

Приказ Минздравсоцразвития России от 20.07.2010 № 527н «Об установлении тождества наименования учреждения «комплекс «детский сад — начальная школа (школа)» наименованию учреждения «начальная школа (школа) — детский сад» (зарегистрирован 18.08.2010 № 18188).

В связи с внесенными изменениями в федеральный закон от 26 октября 2002 года № 127-ФЗ «О несостоятельности (банкротстве)» подготовлено постановление Правительства Российской Федерации от 12 октября 2010 года № 816 «О внесении изменений в постановление Правительства Российской Федерации от 4 ноября 2003 года № 669», которым предусматривается дополнение полномочий Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

К полномочиям Минздравсоцразвития России как уполномоченного федерального органа исполнительной власти, осуществляющего государственное регулирование деятельности негосударственных пенсионных фондов по негосударственному пенсионному обеспечению, обязательному пенсионному страхованию и профессиональному пенсионному страхованию, а также надзор и контроль за указанной деятельностью, вышеназванным федеральным законом отнесено утверждение порядка осуществления негосударственным пенсионным фондом выплаты вкладчикам, участникам негосударственного пенсионного фонда выкупной суммы в соответствии с пенсионным договором или ее передачи в другой негосударственный пенсионный фонд.

Постановление Правительства Российской Федерации от 17 марта 2010 года № 143 «О признании утратившим силу абзаца четвертого пункта 1 постановления Правительства Российской Федерации от 6 февраля 2004 года № 60».

Постановление Правительства Российской Федерации от 26 июля 2010 года № 547 «О внесении изменений в Правила передачи пенсионных накоплений для финансирования накопительной части трудовой пенсии из одного негосударственного пенсионного фонда в другой негосударственный пенсионный фонд или из негосударственного пенсионного фонда в Пенсионного фонда Российской Федерации и определения их стоимости».

Постановление Правительства Российской Федерации от 18 августа 2010 года № 635 «О внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации по вопро-



сам выплаты средств пенсионных накоплений правопреемникам умершего застрахованного лица».

Постановление Правительства Российской Федерации от 5 октября 2010 года № 788 «О признании утратившими силу отдельных положений актов Правительства Российской Федерации».

Постановление Правительства Российской Федерации 12 октября 2010 года № 815 «О внесении изменений в Правила передачи пенсионных накоплений для финансирования накопительной части трудовой пенсии из одного негосударственного пенсионного фонда в другой негосударственный пенсионный фонд или из негосударственного пенсионного фонда в Пенсионный фонд Российской Федерации и определения их стоимости».

ПРИКАЗЫ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ:

- от 19.10.2010 года № 930 «О подготовке и проведении Третьего ежегодного российского пенсионного форума «Стратегия долгосрочного развития пенсионной системы Российской Федерации»;
- от 8 февраля 2010 года № 66н «Об утверждении форм документов, необходимых для осуществления единовременной выплаты Пенсионным фондом Российской Федерации средств пенсионных накоплений лицам, которые не приобрели право на установление трудовой пенсии по старости» (зарегистрирован Минюстом России 24 марта 2010 года № 16723);
- от 8 февраля 2010 года № 67н «Об утверждении форм документов, необходимых для осуществления единовременной выплаты негосударственным пенсионным фондом, осуществляющим обязательное пенсионное страхование, средств пенсионных накоплений лицам, которые не приобрели право на установление трудовой пенсии по старости» (зарегистрирован Минюстом России 15 марта 2010 года № 16620);
- от 5 марта 2010 года № 129н «Об утверждении формы извещения застрахованного лица о состоянии пенсионного счета накопительной части трудовой пенсии и о результатах инвестирования средств пенсионных накоплений» (зарегистрирован Минюстом России 21 апреля 2010 года № 16946);
- от 24 марта 2010 г. № 181н «Об утверждении Порядка уведомления негосударственным пенсионным фондом, осуществляющим обязательное пенсионное страхование, Пенсионного фонда Российской Федерации об обращениях за установлением накопительной части трудовой пенсии» (зарегистрирован Минюстом России 6 мая 2010 года № 17132);
- от 19 июля 2010 года № 523н «Об утверждении формы типового договора об обязательном пенсионном страховании между негосударственным пенсионным фондом и застрахованным лицом» (зарегистрирован Минюстом России 25 августа 2010 года № 18235).

В целях реализации статьи 12 Федерального закона «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» принято постановление Правительства Российской Федерации от 2 февраля 2010 года № 36 «Об установлении коэффициента индексации размера ежемесячной страховой выплаты по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний».

Согласно данному постановлению с 1 января 2010 года Фондом социального страхования Российской Федерации в 1,1 раза увеличен размер ежемесячной страховой выплаты по обя-



зательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний около 500 тыс. пострадавших.

В соответствии с пунктом 1 постановления Правительства Российской Федерации от 17 октября 2009 года № 826 «Об издании разъяснений по единообразному применению Федерального закона «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» подготовлен приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 8 июня 2010 года № 428н «Об утверждении разъяснения об обязательном страховом обеспечении по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством руководителей организаций, являющихся их единственными учредителями (участниками), членами организации и собственниками ее имущества» (зарегистрирован в Минюсте России 08.07.2010 № 17764).

В соответствии с поручением, содержащимся в пункте 3 протокола совещания у Заместителя Председателя Правительства Российской Федерации А.Д.Жукова от 6 августа 2010 года № АЖ-П12-57пр, подготовлен и принят Федеральный закон от 9 декабря 2010 года № 350-ФЗ «О внесении изменений в статью 12 Федерального закона «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний».

Данный Федеральный закон является логическим продолжением принятого 19 мая 2010 года Федерального закона № 90-ФЗ «О внесении изменений в статью 12 Федерального закона «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний», которым восстановлены коэффициенты увеличения заработка до 1993 года, из которого исчисляется размер ежемесячной страховой выплаты.

Федеральным законом от 9 декабря 2010 года № 350-ФЗ предлагается урегулировать дальнейшее (после 31 января 1993 года) увеличение заработка, из которого исчисляется ежемесячная страховая выплата, по аналогии с индексацией самой ежемесячной страховой выплаты.

В целях унификации объекта обложения и базы для начисления страховых взносов, подлежащих уплате в Фонд социального страхования Российской Федерации, подготовлен и принят Федеральный закон 8 декабря 2010 года № 348-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний».

В соответствии со статьей 21 Федерального закона от 24 июля 1998 года № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» подготовлен и принят Федеральный закон от 8 декабря 2010 года № 331-ФЗ «О страховых тарифах на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний на 2011 год и на плановый период 2012 и 2013 годов».

В соответствии с протоколом заседания Правительства Российской Федерации от 29 июля 2010 года № 33 (раздел II) подготовлен и принят Федеральный закон от 8 декабря 2010 года № 343-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством».

Данный Федеральный закон разработан в целях оптимизации расходов и обеспечения сбалансированности бюджета Фонда социального страхования Российской Федерации.

Во исполнение поручения Председателя Правительства Российской Федерации В. В. Путина от 27.04.2010 № ВП-П13-2737 подготовлен проект федерального закона № 433104-5 «О внесении изменений в статью 58 Федерального закона «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации,



Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования» и статью 33 Федерального закона «Об обязательном Пенсионном страховании в Российской Федерации» об установлении переходного периода в отношении увеличения тарифов страховых взносов на обязательное социальное страхование для организаций и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих деятельность в области СМИ и хозяйственных обществ.

Законопроект внесен Правительством Российской Федерации в Государственную Думу ФС РФ 30.09.2010, 01.10.2010.

В соответствии с пунктом 3 протокола совещания у Заместителя Председателя Правительства Российской Федерации — министра финансов Российской Федерации А. Л. Кудрина от 27.08.2010 № КА-П13-18пр подготовлен и направлен в Правительство Российской Федерации проект поправок к проекту федерального закона № 386057-5 «О внесении изменений в Федеральный закон «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования» и статью 33 Федерального закона «Об обязательном пенсионном страховании в Российской Федерации»».

Проект поправок устанавливает переходный период в отношении увеличения тарифов страховых взносов на обязательное социальное страхование на период до 2020 года для организаций, занятых в сфере информационных технологий, инновационных компаний, а также для организаций, имеющих статус резидента технико-внедренческих особых экономических зон.

Соответствующий закон принят 16.10.2010 — № 272-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования» и статью 33 Федерального закона «Об обязательном пенсионном страховании в Российской Федерации»».

Во исполнение абзаца четвертого пункта 14 протокола совещания у Председателя Правительства Российской Федерации В.В. Путина от 24 июня 2010 года № ВП-П9-35пр Минздравсоцразвития России подготовлен проект федерального закона «О внесении изменений в статьи 17 и 22 Федерального закона «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»».

Законопроект подготовлен с целью повышения эффективности системы социального страхования и выработки мер экономического стимулирования субъектов трудовых отношений к соблюдению требований охраны труда.

После завершения процедуры согласования с заинтересованными федеральными органами исполнительной власти проект федерального закона «О внесении изменений в статьи 17 и 22 Федерального закона «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»» будет внесен в Правительство Российской Федерации в установленном порядке.

Во исполнение абзаца четвертого пункта 14 протокола совещания у Председателя Правительства Российской Федерации В.В. Путина от 24 июня 2010 года № ВП-П9-35пр проводится работа по подготовке проекта постановления Правительства Российской Федерации «О внесении изменений в постановление Правительства Российской Федерации от 6 сентября 2001 года № 652 «Об утверждении Правил установления страхователям скидок



и надбавок к страховым тарифам на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний”», направленного на реализацию положений проекта федерального закона «О внесении изменений в статьи 17 и 22 Федерального закона «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний».

После завершения процедуры внутреннего согласования в Минздравсоцразвития России данный проект постановления Правительства Российской Федерации будет направлен в заинтересованные федеральные органы исполнительной власти в установленном порядке.

Во исполнение поручения Правительства Российской Федерации от 13.07.2010 № П12-24391 подготовлен согласованный с заинтересованными ведомствами проект официального заключения Правительства Российской Федерации на проект федерального закона № 392368-5 «О внесении изменений в Федеральный закон “О дополнительном социальном обеспечении членов летных экипажей воздушных судов гражданской авиации”», предусматривающего снятие ограничения величины базы для начисления взносов на доплату к пенсии членам летных экипажей воздушных судов гражданской авиации.

Также Минздравсоцразвития России принимало участие в разработке Федерального закона от 28.09.2010 № 243-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона “Об инновационном центре “Сколково”»» и Федерального закона от 28.09.2010 № 244-ФЗ «Об инновационном центре “Сколково”» в части установления пониженных тарифов страховых взносов для организаций, получивших статус участников проекта по осуществлению исследований, разработок и коммерциализации их результатов в соответствии с Федеральным законом «Об инновационном центре “Сколково”», а также в соответствии с письмом Аппарата Правительства Российской Федерации от 26.08.2010 № П8-29981 Департамент участвовал в подготовке проекта поправок к проекту федерального закона № 388914-5 «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части развития движения студенческих отрядов» в части освобождения от обложения страховыми взносами выплат членам студенческих отрядов.



МИНДРАВСОЦРАЗВИТИЯ
РОССИИ

Социальная защита

СОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА СЕМЕЙ С ДЕТЬМИ

направлена на создание благоприятных условий для повышения рождаемости

СОЦИАЛЬНОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ

СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА ИНВАЛИДОВ

Государственная программа
«Доступная среда
на 2011–2015 годы»

СОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА ВЕТЕРАНОВ

СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА ГРАЖДАН, ПОСТРАДАВШИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ



СОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА СЕМЕЙ С ДЕТЬМИ

Социальная поддержка семей с детьми направлена на создание благоприятных условий для повышения рождаемости, улучшения положения семей с детьми, укрепление института семьи, имеющей или принимающей на воспитание детей, совершенствование системы поддержки семей с детьми, находящихся в трудной жизненной ситуации.

КАЛЕНДАРЬ КЛЮЧЕВЫХ СОБЫТИЙ

С 1 ЯНВАРЯ — право распечатать материнский капитал получили семьи, в которых ребенку, в связи с чьим рождением был выдан сертификат на маткапитал, исполнилось 3 года.

С 1 ЯНВАРЯ в связи с упразднением единого социального налога введен новый порядок расчета максимальных размеров пособий по беременности и родам, а также по уходу за ребенком до 1,5 лет работающим женщинам, что позволило значительно их увеличить. Кроме того, с 1 января 2010 года с учетом роста потребительских цен на 10% проиндексированы другие виды пособий.

1 ИЮНЯ — дан старт движению «Россия без жестокости к детям».

С 2 АВГУСТА вступил в силу Федеральный закон от 28.07.2010 № 241-ФЗ, которым пре-

дусматривается продление еще на год возможности получения из средств материнского капитала единовременной выплаты в размере до 12 000 рублей, а также использование средств материнского капитала на строительство и реконструкцию индивидуального жилого дома без привлечения специализированных подрядных организаций.

Правительством РФ последовательно принимаются меры, направленные на улучшение материального положения семей с детьми.

С 1 января 2010 года упразднен единый социальный налог (ЕСН), работодатели делают страховые взносы с зарплат работников в государственные внебюджетные фонды (Пенсионный фонд РФ, Фонд социального страхования РФ, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования). Страховые взносы начисляются на заработок, не превышающий установленного предела (в 2010 году это 415 тыс. рублей, или в расчете на месяц — 34 583 рубля). Это позволило увеличить для работающих женщин максимальные размеры пособия по беременности и родам, а также по уходу за ребенком до 1,5 лет. Размеры этих пособий рассчитываются исходя из среднемесячной зарплаты, на которую начисляются страховые взносы.

Вид пособия	Размер	Максимальная сумма выплаты	
		2009 год	2010 год
Пособие по беременности и родам	100% заработка	25 390 руб.	34 583 руб.
Ежемесячное пособие по уходу за ребенком до 1,5 лет	40% заработка	7 194 руб.	13 833 руб.

Минимальный размер ежемесячного пособия по уходу за ребенком с 1 января 2010 года составляет 2060 рублей по уходу за первым ребенком и 4120 рублей — за вторым и последующими детьми. Это пособие получают в том числе и неработающие женщины.

Кроме того, с 1 января 2010 года с учетом роста потребительских цен на 10% проиндексированы другие виды пособий:

- единовременное пособие будущим мамам, вставшим на учет в женских консультациях в ранние сроки беременности (412,08 рубля);

- единовременное пособие при рождении ребенка (10 988,85 рубля);

- единовременное пособие при передаче ребенка на воспитание в семью (10 988,85 рубля);

- ежемесячное пособие на ребенка военнослужащего, проходящего военную службу по призыву (7458 рублей);

- единовременное пособие беременной жене военнослужащего, проходящего военную службу по призыву (17 402 рубля).



ЦИТАТА:

«Индексация социальных пособий и выплат позволила не только сохранить, но и повысить их покупательную способность и тем самым предотвратить снижение уровня жизни семей с детьми».

Максим Топилин, заместитель министра здравоохранения и социального развития России, РИА новости, 14 января 2010 года.

Все перечисленные выплаты — федеральные. Кроме того, практически во всех регионах к федеральным пособиям выплачиваются пособия из региональных бюджетов.

Важной мерой поддержки семей стал материнский капитал. Территориальными органами Пенсионного фонда РФ с 1 января 2007 года по 30 сентября 2010 года принято более 2462 тыс. заявлений о выдаче государственных сертификатов на **материнский (семейный) капитал**. Выдано 2611 тыс. сертификатов, в том числе в 2010 году — 690 тыс. сертификатов.

С 1 января 2010 года семьи, получившие сертификат на материнский капитал, дети в которых достигли трехлетнего возраста, могут распечатать средства материнского капитала и направить их по любому из предусмотренных законодательством направлений: улучшение жилищных условий; получение образования детьми; формирование накопительной части трудовой пенсии женщин.

С 1 января 2010 года средства материнского капитала могут быть направлены:

- на оплату приобретаемого жилого помещения;
- в счет уплаты цены договора участия в долевом строительстве;
- на оплату строительства индивидуального жилого дома;
- на уплату вступительного взноса или паевого взноса в жилищный, жилищно-строительный, жилищный накопительный кооператив;
- на уплату первоначального взноса при получении кредита или займа, в том числе ипотечного, на приобретение или строительство жилья.

По состоянию на 1 января 2011 года территориальными органами Пенсионного фонда РФ было принято 53,5 тыс. заявлений о распоряжении средствами материнского капитала на сумму 15 521 млн рублей, из них:

- на улучшение жилищных условий — 47,8 тыс. заявлений на сумму 15 185 млн рублей;
- на оказание образовательных услуг — 5320 заявлений на сумму 282 млн рублей;
- на накопительную часть трудовой пенсии — 326 заявлений на суму 54 млн рублей.

Кроме того, в 2010 году 249,2 тыс. семей, нуждающихся в улучшении жилищных условий, направили средства материнского капитала на погашение основного долга и уплату процентов по ипотечным кредитам до того, как ребенку, в связи с рождением или усыновлением которого возникло право на материнский капитал, исполнилось 3 года. Всего же этой мерой поддержки, начиная с момента ее введения в 2009 году, воспользовалось 356,8 тыс. семей.

В 2010 году было принято решение возобновить возможность получения единовременной денежной выплаты за счет средств материнского (семейного) капитала в размере 12 тыс. рублей в связи с большой востребованностью этой меры поддержки.

ЦИТАТА:

«Эти деньги были реальной поддержкой людям в трудной жизненной ситуации в прошлом году, поэтому решено продлить выплаты еще как минимум на год. Каждая семья, обладающая правом на материнский капитал, может получить единовременно на руки 12 тыс. рублей на текущие нужды. Остальные средства материнского капитала могут быть израсходованы на улучшение жилищных условий, образование одного из детей или направлены в накопительную часть пенсии матери по безналичному расчету».

Татьяна Голикова, министр здравоохранения и социального развития России, РИА новости, август 2010 года



ВОПРОС

Хотелось бы больше возможностей для использования материнского капитала. Например, почему не разрешить направить эти средства на оплату дорогостоящей операции, которая необходима ребенку?

ОТВЕТ

Не будем забывать, что вводился материнский капитал как одна из мер для того, чтобы поднять рождаемость в стране, подтолкнуть семейные пары к рождению вторых, третьих и более детей. Мера эта уникальная не только для нашей страны, но и для мировой практики.

Когда обсуждалась сама идея материнского капитала, то вопрос ставился так: с какими трудностями сталкиваются семьи при рождении ребенка, тем более не первого? Проводились исследования, опросы населения, и вот о чем говорили люди. Во-первых, справедливо отмечалось, что с появлением в семье еще одного ребенка сразу ухудшаются жилищные условия, какими бы они ни были. Волновал вопрос получения детьми образования, особенно высшего, которое у нас тоже не всегда бесплатное. Женщины высказывали беспокойство по поводу пенсионных накоплений — ведь если значительную часть жизни они провели, воспитывая детей, то и отчисления на накопительную часть пенсии проводились нерегулярно. А значит, необходимо таким женщинам дать гарантии пенсионного обеспечения. Исходя из всего этого и были определены направления использования маткапитала.

Сейчас предлагаются разные возможности «раскассирования» этих средств. Но сначала нужно посмотреть, как работает новая форма социальной поддержки семей в том формате, который уже определен. С другой стороны, сейчас нам важно понять, какие установки и приоритеты у молодых людей, которые только вступают в репродуктивный возраст. И в соответствии с этим предпринимать дальнейшие шаги.

С 1 января 2010 года изменен механизм проведения детской оздоровительной кампании. Полномочия по организации и обеспечению отдыха и оздоровления детей в соответствии с Федеральным законом от 17.12.2009 № 326-ФЗ переданы на региональный уровень. Общий объем финансирования оздоровительной кампании детей в 2010 году составил 43 млрд рублей, что на 10,3% больше, чем в 2009 году.

ЦИТАТА:

«В результате перехода на новые механизмы финансирования детской летней оздоровительной кампании, дети застрахованных и незастрахованных граждан, например военнослужащих, уравниваются в правах. Для летнего отдыха детей используются различные льготы. В результате путевка для ребенка родителей, работающих в бюджетной организации, обходится в минимальную сумму от реальной стоимости, детям работников других организаций компенсация может составить до 50%. Всем детям, находящимся в трудной жизненной ситуации, предоставляются бесплатные путевки».

Татьяна Голикова, министр здравоохранения и социального развития РФ, «Российская газета», 20 января

ЦИТАТА:

«В этом году наблюдается положительная динамика изменения численности детей, чей отдых будет проходить в специализированных и профильных лагерях — спортивных, туристических, эколого-биологических, краеведческих. Это не просто отдых, но и обучение детей».

Татьяна Голикова, министр здравоохранения и социального развития РФ, РИА новости, 18 января

Организованным отдыхом и оздоровлением за период с 1 января по 20 декабря 2010 года было охвачено более 8,6 млн детей (56,2% от общей численности детей школьного возраста). Это на 1,4 млн детей больше, чем в 2009 году.

На софинансирование мероприятий по отдыху и оздоровлению детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, из федерального бюджета в 2010 году выделено 4,1 млрд рублей — в 3 раза больше, чем в 2009 году. С 1 января по 20 декабря отдохнуло и оздоровилось более 301 млн детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

Для улучшения положения детей Фондом поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, и органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации объявлена общенациональная информационная кампания по противодействию жестокому



обращению с детьми. К движению по противодействию жестокому обращению с детьми присоединилось 18 568 человек, 12 компаний, 118 некоммерческих организаций, 45 средств массовой информации, 81 субъект Российской Федерации, 476 детских учреждений.

В рамках реализации **подпрограммы «Дети и семья» федеральной целевой программы «Дети России» на 2007–2010 годы** проводятся мероприятия по социальной реабилитации детей в трудной жизненной ситуации, разработаны новые технологии, обучающие программы, проведены семинары и научно-практические конференции, разработаны, изданы методические пособия для специалистов, работающих в учреждениях социальной защиты и социальной реабилитации детей. Для детей-инвалидов проведены региональные фестивали детского художественного творчества и спартакиады.

Для повышения эффективности деятельности учреждений социальной защиты, социальной реабилитации детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, за счет средств федерального бюджета в 2010 году оснащены автотранспортом 60 учреждений социального обслуживания семьи и детей.

В регионах проводятся комплексные мероприятия, направленные на поддержание традиций уважительного и бережного отношения к родителям, укрепление института семьи. В большинстве регионов учреждены награды для родителей и усыновителей, достойно воспитавших своих детей, обеспечивающих высокий уровень заботы о здоровье, образовании, физическом, духовном и нравственном развитии детей.

Разработанные и принятые нормативные документы

Проект «Поддержка семьи» утвержден Председателем Правительства РФ В.В. Путиным 30.04.2010 № ВП-П13-3011.

Постановление Правительства РФ от 09.07.2010 № 404 «О внесении изменений в Положение о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации», которым Минздравсоцразвития России наделен дополнительным полномочием по утверждению перечня документов, необходимых для осуществления перевозки между субъектами Российской Федерации несовершеннолетних, самовольно ушедших из семей, детских домов, школ-интернатов, специальных учебно-воспитательных и иных детских учреждений, условий перевозки, формы и порядка отчетности о деятельности, связанной с перевозкой.

Приказ Минздравсоцразвития России от 01.07.2010 № 411н «Об утверждении порядка и формы предоставления отчетных данных о расходах бюджетов субъектов Российской Федерации, источником финансового обеспечения которых являются субсидии на реализацию мероприятий по проведению оздоровительной кампании детей, находящихся в трудной жизненной ситуации».

Федеральный закон от 28.07.2010 № 241-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации и о порядке предоставления единовременной денежной выплаты за счет средств материнского капитала».

Приказ Минздравсоцразвития России от 17.08.2010 № 673н «О внесении изменений в Правила подачи заявления о распоряжении средствами (частью средств) материнского (семейного) капитала, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 декабря 2008 года № 779н».

Приказ Минздравсоцразвития России от 17.08.2010 № 674 «Об утверждении Правил подачи заявления о предоставлении единовременной выплаты за счет средств материнского (семейного) капитала и порядка ее осуществления».



Постановление Правительства РФ от 13.09.2010 № 719 «О внесении изменений в Правила перевода средств материнского (семейного) капитала из федерального бюджета в бюджет Пенсионного фонда Российской Федерации».

Приказ Минздравсоцразвития России от 14.09.2010 № 801н «О формах и сроках представления отчетности о деятельности, связанной с перевозкой между субъектами Российской Федерации, а также в пределах территорий государств — участников Содружества Независимых Государств несовершеннолетних, самовольно ушедших из семей, детских домов, школ-интернатов, специальных учебно-воспитательных и иных детских учреждений».

Приказ Минздравсоцразвития России от 13.10.2010 № 878н «Об утверждении Перечня документов, необходимых для осуществления перевозки несовершеннолетних, самовольно ушедших из семей, детских домов, школ-интернатов, специальных учебно-воспитательных и иных детских учреждений, и условий перевозки».

Федеральный закон от 29.12.2010 № 440-ФЗ «О внесении изменений в статьи 7 и 10 Федерального закона “О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей”».

Планы на 2011 год

- Развитие системы социальной защиты семей с детьми, расширение форм поддержки семей с двумя и более детьми.
- Формирование оптимальной сети учреждений социального обслуживания семьи и детей, расширение видов социальных услуг и повышение их качества.
- Формирование в обществе понятия семейных ценностей и традиций, ответственного материнства.
- Поддержка детей в трудной жизненной ситуации, создание условий, обеспечивающих надлежащий уровень состояния здоровья, образования, физического, духовного и нравственного развития детей.

СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА ИНВАЛИДОВ

КАЛЕНДАРЬ КЛЮЧЕВЫХ СОБЫТИЙ

31 ДЕКАБРЯ 2009 ГОДА — в Минздравсоцразвития России создан Департамент по делам инвалидов. На должность директора Департамента назначен Григорий Григорьевич Лекарев, ранее занимавший должность помощника министра. Создание Департамента связано с новыми приоритетными задачами, стоящими перед Министерством в сфере социальной защиты инвалидов.

7 ИЮЛЯ — начала свою работу федеральная служба «Единый социальный телефон». Номер телефона, по которому из любой точки нашей страны можно получить консультацию по вопросам социальной защиты: 8-800-555-0-222.

3 НОЯБРЯ — министр Татьяна Голикова представила проект государственной программы «Доступная среда на 2011–2015 годы».

30 НОЯБРЯ — Правительством РФ одобрена Концепция совершенствования государственной системы медико-социальной экспертизы реабилитации инвалидов, представленная Минздравсоцразвития России, направленная на повышение качества, объективности, доступности и эффективности медико-социальных, экспертных и реабилитационных услуг.



ДИНАМИКА РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ИВАЛИДОВ ПО ГРУППАМ (2005–2010 годы)



Меры государственной поддержки инвалидов

Ежемесячная денежная выплата (ЕДВ) для различных категорий инвалидов составляет от 1480 до 2588 рублей с учетом индексации на 10% с апреля 2010 года и на 8,8% с февраля 2011 года.

За счет части ЕДВ инвалиды при желании получают набор социальных услуг, включающий обеспечение лекарствами, специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов, санаторно-курортное лечение, проезд на пригородном ж/д транспорте, а также на междугородном транспорте к месту лечения и обратно.

В 2010 году численность инвалидов, имеющих право на получение набора социальных услуг, составила около 4,9 млн человек. Из них 3,7 млн человек сохранили пакет полностью, 4,2 млн человек оставили медицинскую составляющую с санаторно-курортным лечением, 4,5 млн человек оставили проезд на пригородном ж/д транспорте и на междугородном транспорте к месту лечения и обратно.

На 2011 год численность инвалидов, желающих сохранить набор социальных услуг, составила около 4,4 млн человек. Из них 3 млн человек сохранили пакет полностью, 3,6 млн человек оставили медицинскую со-

ставляющую с санаторно-курортным лечением и 3,8 млн человек оставили проезд на пригородном ж/д транспорте и на междугородном транспорте к месту лечения и обратно.

На обеспечение инвалидов техническими средствами реабилитации за счет средств федерального бюджета в 2010 году было выделено 12,9 млрд рублей. В 2011 году предусмотрено 12,4 млрд рублей.

Ежегодно государством выделяются средства из федерального бюджета на поддержку общероссийских общественных организаций инвалидов. Для наиболее справедливого распределения средств в Минздравсоцразвития в настоящее время разрабатываются критерии, в соответствии с которыми будут поощряться прежде всего те организации, которые наиболее эффективно защищают интересы инвалидов, имеют разветвленную филиальную сеть и помогают создавать для инвалидов рабочие места.

В 2010 году выделено 800 млн рублей, из них Всероссийскому обществу инвалидов — 350 млн рублей, Всероссийскому обществу слепых — 300 млн рублей, Всероссийскому обществу глухих — 100 млн рублей, инвалидам войны в Афганистане — 50 млн рублей. С 2011 года сумма увеличена до 950,0 млн рублей.



ВОПРОС | *Имеет ли инвалид возможность выбора технических средств реабилитации?*

ОТВЕТ | По поводу возможности выбора для себя технических средств реабилитации определенного производителя важно отметить, что такой порядок существует и сегодня. Вы можете купить техническое средство реабилитации, которое должно быть предоставлено там, где считаете нужным, заплатив за него свои деньги, и затем представить в территориальное отделение Фонда социального страхования документы, подтверждающие произведенные расходы на указанные средства для возмещения расходов. Вы имеете право выбора поставщика реабилитационной техники и услуг не только среди государственных предприятий, но и среди частных, в том числе зарубежных поставщиков.

В структуре нового Департамента по делам инвалидов сформирован отдел по развитию реабилитационной индустрии, и мы планируем самое пристальное внимание уделять инновационному развитию отечественной реабилитационной индустрии.

В 2010 году завершилась реализация федеральной целевой программы «Социальная поддержка инвалидов на 2006–2010 годы», главной целью которой являлось создание условий для реабилитации и интеграции инвалидов в общество, а также повышение уровня их жизни.

В целом на реализацию Программы в 2010 году предусмотрено выделение за счет

средств федерального бюджета 778 648,5 тыс. рублей. По программе были оснащены оборудованием и специальными приспособлениями для оказания реабилитационных услуг на более качественном уровне федеральные и региональные учреждения для реабилитации инвалидов.

ВОПРОС | *Необходимо максимально проработать механизмы трудоустройства инвалидов.*

ОТВЕТ | Работающие инвалиды трудоспособного возраста составляют 26% в общем числе инвалидов трудоспособного возраста. Федеральным законом «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» регулируется квотирование рабочих мест. Организации, имеющие численность работников более 100 человек, должны иметь в своем составе от 2 до 4% инвалидов. Точный процент определяет регион. Но нужно не столько обязывать, сколько поддерживать те организации, которые реально принимают на работу инвалидов. С 2010 года в региональные программы поддержки занятости включено отдельное мероприятие по содействию трудоустройству инвалидов. Работодателю возмещаются затраты на приобретение специального оборудования для оснащения рабочего места инвалида в размере 30 тыс. рублей на одно рабочее место, на которое будут трудоустроены инвалиды. Участниками этого мероприятия стали 4 тыс. инвалидов. Общий объем средств федерального бюджета, направленных в регионы России, составил порядка 1 млрд рублей. Это направление будет продолжено и в 2011 году. В следующем году компенсация затрат на создание рабочего места для работника с инвалидностью вырастет до 50 тыс. рублей. Это позволит расширить количество специально оборудованных рабочих мест для инвалидов.

Также будет оказано содействие трудоустройству незанятых инвалидов, родителей, воспитывающих детей-инвалидов, многодетных родителей.

Государственная программа «Доступная среда» на 2011–2015 годы

В 2010 году Минздравсоцразвития России разработало государственную программу «Доступная среда» на 2011–2015 годы, которая позволит решать проблемы граждан с ограниченными возможностями на принципиально новом уровне. Ее реализация планируется с 2011 года.

ЦИТАТА:

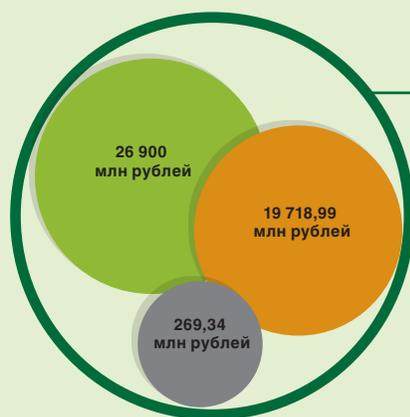
«Создание полноценных условий для активной жизни детей-инвалидов должно стать приоритетом при реализации новой государственной программы “Доступная среда”».

Президент России Д.А. Медведев, из Послания Президента РФ Федеральному Собранию РФ от 30 ноября 2010 года

ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ ПРОГРАММЫ:

- оценка состояния доступности приоритетных объектов и услуг в следующих сферах жизнедеятельности инвалидов (здравоохранение, культура, транспорт, информация и связь, образование, социальная защита, спорт и физическая культура, жилой фонд);
- повышение уровня доступности приоритетных объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности инвалидов;
- устранение «отношенческих» барьеров: формирование позитивного отношения к инвалидам в обществе, отношения к ним, как к равноправным членам общества;
- совершенствование государственной системы медико-социальной экспертизы, которая позволит сократить реабилитационный «маршрут» инвалида;
- обеспечение равного доступа инвалидов к реабилитационным услугам.

РЕАЛИЗАЦИЯ МЕРОПРИЯТИЙ ПРОГРАММ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ ФЕДЕРАЛЬНОГО БЮДЖЕТА, БЮДЖЕТОВ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И ВНЕБЮДЖЕТНЫХ ИСТОЧНИКОВ



Общий объем финансирования программы — 46 888,33 млн рублей

По состоянию на 1 февраля 2011 года проект программы согласован 64 субъектами Российской Федерации

- федеральный бюджет ЮГ
- бюджеты субъектов РФ
- внебюджетные источники

Программа состоит из двух этапов. На первом этапе определяются наиболее востребованные инвалидами услуги и объекты социальной инфраструктуры и реализуются региональные пилотные проекты по отработке механизмов формирования доступной среды.

Второй этап предполагает проведение работ по обеспечению доступности приори-

тетных для инвалидов объектов социальной, транспортной и инженерной инфраструктуры. Будет также проводиться укрепление материально-технической базы учреждений медико-социальной экспертизы.

Создание безбарьерной школьной среды для детей-инвалидов, субтитрирование программ на общероссийских обязательных



общедоступных телеканалах, поддержка учреждений спортивной направленности будут проводиться на всех этапах реализации программы.

В программе учтены требования предстоящей ратификации Российской Федерацией Конвенции ООН «О правах инвалидов».

ЦИТАТА:

«Когда окружающая среда будет приспособлена под нужды инвалидов, тогда они перестанут быть “людьми с ограниченными возможностями”. Возможности инвалидов ограничиваются, когда они сталкиваются с барьерами. Задача программы — устранить эти барьеры».

Т. А. Голикова, из приветствия к Международному дню инвалидов

ВОПРОС

Создание равных возможностей для инвалидов во всех сферах жизни — социальной, экономической, культурной и т.д. — это хорошо, но как изменить в сознании людей установку, что инвалид — это человек не такой, как все, в чем-то ущербный, «второго сорта»?

ОТВЕТ

Принципиальное значение имеет устранение «отношенческих барьеров», мешающих интеграции инвалидов в общество. Необходимо сформировать позитивное отношение к инвалидам и инвалидности в целом, в том числе и через создание безбарьерной школьной среды, позволяющей обучаться совместно обычным детям и детям с ограниченными возможностями. Пока же, по данным Минобрнауки России, только около 2% школ являются доступными для инвалидов, т.е. физически приспособлены для их посещения детьми-инвалидами. По итогам государственной программы к 2016 году таких школ должно стать 20%, чтобы на уровне каждого муниципального образования была создана сеть доступных учебных заведений и родители с детьми могли при желании и возможности ребенка выбирать форму обучения в обычной школе.

Большее число программ будут иметь субтитры. К 2015 году реализация мероприятий госпрограммы позволит производить до 12,5 тыс. часов субтитров в год, что составит 50% от общего объема вещания отдельных общероссийских обязательных общедоступных телеканалов. В настоящее время объем вещания указанных каналов составляет не более 15%.

Все новые и реконструируемые объекты изначально, еще на этапе замысла проектного решения, должны будут учитывать требования доступности для инвалидов.

В этом случае реализованный строительный проект становится «естественно доступным», а мировой опыт говорит, что при таком подходе дополнительные расходы минимальны. Инвестиции в «общедоступность» окупаются за счет расширения потребительского спроса. Это касается всех без исключения объектов, включая и жилые здания, и объекты социальной, транспортной, инженерной инфраструктуры, промышленные объекты и др.

В настоящее время Минздравсоцразвития России совместно с другими министерствами

разрабатывает проект федерального закона «О внесении изменений в некоторые законодательные акты РФ по вопросам реабилитации и социальной интеграции инвалидов», которым предусматривается определение конкретных обязанностей органов исполнительной власти по выполнению требований законодательства о предоставлении услуги в доступном для инвалидов формате.

Формирование доступной среды для инвалидов и других маломобильных групп населения в РФ — процесс длительный, этапный, постепенный, и начинать необходимо с проведения паспортизации и классификации объектов и услуг с целью их объективной оценки для разработки мер, обеспечивающих доступность. Результатом должны стать обновляемые «карты доступности» в каждом субъекте РФ.

В итоге регионами России будут выявлены наиболее востребованные инвалидами объекты. По экспертным данным сегодня доля таких объектов, полностью отвечающих требованиям доступности для инвалидов, не превышает



10–12%. К 2016 году их доля составит 45%.

Госпрограмма — это только начало длительного системного процесса. В итоге по результатам реализации программы должно произойти:

- увеличение количества школ, в которых создана универсальная безбарьерная среда, позволяющая обучаться совместно инвалидам и детям, не имеющим нарушений здоровья;
- увеличение количества автомобильного и городского наземного электрического общественного транспорта, оборудованного для перевозки инвалидов;
- увеличение количества субтитрированных телевизионных программ на общероссийских обязательных общедоступных каналах;
- увеличение численности инвалидов, систематически занимающихся физической культурой и спортом;
- увеличение количества рабочих мест для инвалидов, созданных общественными организациями инвалидов;
- увеличение числа главных бюро медико-социальной экспертизы по субъекту Российской Федерации, оснащенных специальным диагностическим оборудованием;
- увеличение численности инвалидов, положительно оценивающих отношение населения к проблемам инвалидности;
- увеличение числа инвалидов, обеспеченных техническими средствами реабилитации (услугами) в соответствии с федеральным перечнем в рамках индивидуальной про-

граммы реабилитации.

Кроме Министерства здравоохранения и социального развития РФ соисполнителями Государственной программы являются: Министерство культуры РФ, Министерство образования и науки РФ, Министерство регионального развития РФ, Министерство промышленности и торговли РФ, Министерство связи и массовых коммуникаций РФ, Министерство спорта, туризма и молодежной политики РФ, Министерство транспорта РФ, Федеральное медико-биологическое агентство.



Механизм реализации программы

МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ — ОТВЕТСТВЕННЫЙ ИСПОЛНИТЕЛЬ ПРОГРАММЫ

Соисполнители программы — Минкультуры России, Минобрнауки России, Минрегион России, Минпромторг России, Минкомсвязи России, Минспорттуризм России, Минтранс России, ФМБА России

Для обеспечения контроля и независимой оценки программы создается координационный совет, формируемый из представителей госорганов власти и общественных организаций инвалидов

МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ	СОИСПОЛНИТЕЛИ ПРОГРАММЫ	СУБЪЕКТЫ РФ	ОБЩЕСТВЕННЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ ИНВАЛИДОВ	БИЗНЕС-СООБЩЕСТВО
Осуществляет руководство и текущее управление реализацией программы, координирует деятельность соисполнителей программы, органов исполнительной власти РФ, органов местного самоуправления, ООИ	Разрабатывают методические рекомендации и нормативные правовые акты, необходимые для реализации программы, в пределах компетенции	Разрабатывают и утверждают собственные программы по формированию условий доступности объектов и услуг для инвалидов и других маломобильных групп населения	Разрабатывают и утверждают программы по содействию трудоустройству инвалидов, в том числе по созданию и обеспечению доступности рабочих мест	Организации вне зависимости от организационно-правовых форм и форм собственности учитывают требования доступности, руководствуясь соответствующими действующими нормативными правовыми актами, предусматривающими в том числе возможность необходимых подходящих модификаций и корректив, способствующих обеспечению доступности для инвалидов объектов и услуг
Подготавливает план реализации программы	Обобщают и анализируют результаты реализации мероприятий программы	Осуществляют паспортизацию объектов и услуг, формируют и обновляют карты доступности		
Обобщает опыт пилотных префектов	Организируют осуществление контроля за реализацией мероприятий программы в отношении объектов, находящихся в их ведении, расположенных на территории субъектов РФ			
Совместно с соисполнителями подготавливает годовой отчет о ходе реализации и оценке эффективности программы	Разрабатывают и утверждают ведомственные программы			
Осуществляет проверки хода реализации программы органами государственной власти и субъектов РФ и ООИ				
Взаимодействует со СМИ по вопросам освещения хода реализации мероприятий программы				

ЦИТАТА

«Долгие годы наша жизнь была организована так, словно среди нас нет слепых, глухих, инвалидов-колясочников, пожилых людей и других категорий, которым сложно передвигаться по улицам, пользоваться транспортом, магазинами, офисами разных социальных служб, даже обычными телефонами и телевизорами. Теперь во многих городах пытаются как-то облегчить их жизнь: строят пандусы рядом с лестницами и специальные переходы на улицах, вешают хорошо видимые знаки на стеклянных дверях... Но пока это — капля в море. Новая программа предусматривает дополнительные усовершенствования: в строительные нормы и правила введут обязательное строительство пандусов при входах, специальных лифтов с голосовым оповещением, удобных путей движения и туалетов,

пространственно-рельефных указателей, табло с тактильной информацией и т.п. внутри всех социальных учреждений. Учебные заведения будут оснащены оборудованием для обучения инвалидов по зрению и слуху. Будут адаптированы для них и сайты госучреждений. Отдельный раздел программы — совершенствование работы медико-социальной экспертизы, которая сейчас нередко отнимает слишком много времени и сил».

Татьяна Батенева, «Известия» от 22 сентября 2010 года

В настоящее время медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов предполагает неоднократное посещение гражданами целого ряда учреждений — лечебно-профилактических, медико-социальной экспертизы, Пенсионного фонда РФ, Фонда социального



страхования РФ, протезно-ортопедических предприятий и т.п. Чтобы сократить «маршрут» движения граждан, затраты их времени и усилий Правительством РФ одобрена Концепция совершенствования государственной системы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов.

Целями Концепции являются повышение качества, объективности, доступности и эффективности медико-социальных экспертных и реабилитационных услуг, приведение принципов и механизмов их осуществления в соответствие с требованиями Конвенции.

Достижение указанной цели в значительной степени зависит от успешного решения двух основных задач:

- повышение уровня объективности оценки ограничений жизнедеятельности инвалидов и обоснованности назначаемых (рекомендуемых) мер по их преодолению;
- повышение доступности и эффективности предоставляемых реабилитационных услуг и технических средств реабилитации.

Основными направлениями решения задач совершенствования государственной системы медико-социальной экспертизы и повышения доступности реабилитации инвалидов являются:

- разработка инновационных подходов к организации и проведению медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов с учетом положений Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ);
- совершенствование учета инвалидов;
- улучшение межведомственного взаимодействия при проведении медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, включая взаимодействие с общественными организациями инвалидов;
- разработка стандартов оказания услуг и выполнения мероприятий по реабилитации инвалидов;
- обеспечение физической и информационной доступности государственной системы медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов.

Предусматривается осуществление перехода на новые классификации и критерии проведения медико-социальной экспертизы с учетом МКФ.

Действующие классификации и критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы федеральными госу-

дарственными учреждениями медико-социальной экспертизы (разработаны на основе Международной классификации нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности (МКН), которая впервые была опубликована Всемирной организацией здравоохранения в 1980 году), не в полной мере обеспечивают объективность и достоверность оценки ограничений жизнедеятельности инвалидов с учетом влияния на жизнедеятельность инвалида факторов окружающей среды, что не позволяет разрабатывать и осуществлять эффективные индивидуальные программы реабилитации инвалидов.

МКФ определяются одновременно следующие параметры — функции и структуры организма человека, его активность и возможность его участия в общественной жизни, а также барьеры, с которыми сталкивается инвалид.

Концепция предусматривает меры, направленные на повышение эффективности реабилитационных услуг, в том числе путем совершенствования механизма предоставления технических средств реабилитации, включая протезно-ортопедические изделия, а также улучшения их качества.

Также предполагается модернизировать реабилитационные центры. В них будут созданы условия для организации обучения инвалидов самостоятельности. Это касается обучения навыкам персонального ухода, технике и методическим приемам самообслуживания, обучения пользования техническими средствами реабилитации, передвижению, организации быта, в которых нуждается инвалид для самостоятельного проживания. Также инвалидам будут предоставляться услуги по профессиональной реабилитации: профессиональное консультирование, тренировка, оказание помощи по пути к месту работы и обратно. Будет разработан профессиографический справочник, содержащий профессиограммы по каждой конкретной специальности и типовым рабочим местам, который содержит описание основных осуществляемых работником действий, операций, процедур и требований к его профессиональной пригодности (физической, интеллектуальной, психологической).



ВОПРОС

Критерии для установления групп инвалидности должны быть пересмотрены — сейчас: например, первая группа снимается, если инвалид поступает учиться.

ОТВЕТ

Такая задача поставлена. С учетом положений МКФ будут определены рамки для описания указанных показателей состояния организма «универсальным» языком — в виде системы буквенно-цифровых кодов, разработан кодификатор социально значимых категорий инвалидности в зависимости от вида и тяжести ограничения жизнедеятельности, что позволит различным службам, ведомствам и организациям оказывать инвалидам различные услуги и виды помощи в целях создания им беспрепятственного доступа к различным инфраструктурам и участия в жизни общества.

Следует отметить, что сейчас I группу инвалидности по факту поступления на учебу не снимают.

Подготовлены предложения по ратификации Конвенции ООН о правах инвалидов, в том числе по вопросам формирования законодательной базы и инфраструктуры, которая обеспечивает инвалидам возможность беспрепятственного доступа к объектам и услугам.

Ратификация предполагает проведение большой законотворческой, информационной и разъяснительной работы.

На конституционном уровне противоречий с Конвенцией ООН у России практически нет. В то же время Конвенция содержит ряд понятий и терминов, которые не имеют аналогов в отечественном законодательстве. Например, «дискриминация по признаку инвалидности», «инклюзивное образование», «универсальный дизайн», «разумные приспособления».

Для ратификации Конвенции необходимо пересмотреть ряд полномочий федеральных органов государственной власти и местного самоуправления в области обеспечения прав инвалидов, потому что Конвенция — это в первую очередь инструмент защиты прав человека. Будет проведен подробный анализ федерального законодательства, разработаны новые механизмы финансового обеспечения. В свою очередь, регионы России должны провести анализ своих нормативно-правовых актов, чтобы понять, какие изменения необходимо внести и дополнительно разработать.

В связи с этим Министерством подготовлен проект федерального закона «О внесении изменений и дополнений в законодательные акты Российской Федерации по вопросам реабилитации и социальной интеграции инвалидов».

Законопроектом устанавливается объем гарантируемой инвалидам доступности, определяются обязанности, права и ответственность владельцев соответствующих объектов, предоставляются возможности по выбору способа обеспечения инвалидам доступа к ним в зависимости от видов ограничения жизнедеятельности.

Разработанный законопроект направлен на рассмотрение и согласование в заинтересованные федеральные органы исполнительной власти, Институт законодательства и сравнительного правоведения при Правительстве РФ, Центральную избирательную комиссию, в общероссийские общественные организации инвалидов и размещен на официальном сайте Минздравсоцразвития России.

Согласованный с другими ведомствами пакет документов будет внесен в установленном порядке в Правительство РФ.



СОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА ВЕТЕРАНОВ

Для создания условий, обеспечивающих ветеранам Великой Отечественной войны, пожилым людям, достойную и активную жизнь, почет и уважение в обществе, Министерство в 2010 году решало следующие задачи:

- совершенствование механизма предоставления ветеранам и инвалидам социальной помощи по дополнительному лекарственному обеспечению, санаторно-курортному обслуживанию и льготному проезду;
- улучшение жилищных условий ветеранам войны;
- развитие системы социального обслуживания пожилых людей, внедрение более современных форм представления социальных услуг, сотрудничество в этой работе с общественными объединениями ветеранов;
- разработка национальных стандартов социального обслуживания ветеранов и пожилых людей, что позволит создать более достойные условия предоставления социальных услуг, в том числе на дому;
- поддержка общественных организаций ветеранов и инвалидов.

КАЛЕНДАРЬ КЛЮЧЕВЫХ СОБЫТИЙ

30 АПРЕЛЯ — подведены итоги второго Всероссийского конкурса на звание «Лучший госпиталь ветеранов войн». В церемонии награждения победителей принял участие Президент России Дмитрий Медведев.

12 ИЮЛЯ — принято постановление Правительства РФ о передаче инвалидам в собственность легковых автомобилей, полученных за счет средств федерального бюджета по установленным медицинским показаниям в качестве транспортных средств реабилитации.

19–20 ОКТЯБРЯ — Всероссийский методический семинар по изучению опыта работы специализированных учреждений комплексного социального обслуживания ветеранов Великой Отечественной войны, боевых действий и членов семей погибших военнослужащих.

ЦИТАТА:

«Нам нужно определить потребности каждого участника Великой Отечественной войны и решать эти потребности персонализированно. Всего у нас ветеранов войны — 1 957 252 человека. Неужели всей страной, всей системой социальной защиты, с участием субъектов Российской Федерации мы не решим проблемы этих людей?! Льготы и гарантии можно предоставлять — кто-то ими пользуется, а кто-то — нет. Мы анализируем письма, которые получаем, и уверены — в первую очередь необходима адресная, конкретная помощь».

Ольга Самарина, директор Департамента социальной защиты населения, «Радио России», «Персона грата», 15 марта 2010 года

Ветераны Великой Отечественной войны внесли огромный вклад в создание современного, экономически развитого государства и должны получать от него адекватную социальную поддержку, обеспечивающую им хорошее социальное самочувствие. Государство заботится об улучшении социально-экономического положения ветеранов Великой Отечественной войны, тружеников тыла и членов их семей.

Министерство стремится к повышению уровня материального обеспечения ветеранов войны. С учетом всех выплат (пенсия, ЕДВ и дополнительное ежемесячное материальное обеспечение) уровень материального обеспечения инвалидов и участников Великой Отечественной войны составляет более 23 тыс. рублей (23 279 и 23 403 рубля в месяц соответственно). Вдовам военнослужащих, погибших в годы войны, и жителям блокадного Ленинграда, являющимся инвалидами, выплачивается по 17 тыс. рублей (16 997 и 16 911 рублей в месяц соответственно).



Категория ветеранов	Средний размер пенсии (руб.) с 01.04.2010	Размер ежемесячной денежной выплаты (руб.) с 01.04.2010	Размер дополнительного ежемесячного материального обеспечения (руб.)	Общий размер материального обеспечения (руб.)
Инвалиды вследствие военной травмы	18 893	3397	1000	23 279
Участники Великой Отечественной войны	18 976	3397	1000	23 403
Вдовы погибших военнослужащих	13 964	2548	500	16 997
Граждане, награжденные знаком «Жителю блокадного Ленинграда»	14 527	1869	500	16 911

В 2010 году в связи с празднованием 65-летия Победы в Великой Отечественной войне была оказана единовременная материальная помощь инвалидам и ветеранам ВОВ, бывшим несовершеннолетним узникам фашизма, а также вдовам погибших в годы ВОВ и вдовам умерших инвалидов и участников ВОВ — в размере 5 тыс. рублей, а труженикам тыла — в размере одной тысячи рублей. В числе получателей выплат 4 млн 657 тыс. человек. Из федерального бюджета на эти цели выделено 10,1 млрд рублей. На обеспечение бесплатного проезда инвалидов и участников Великой Отечественной войны на всех видах транспорта в период проведения праздничных мероприятий выделены средства в сумме 1,0 млрд рублей.

Одним из самых острых и проблемных вопросов в нашей стране является квартирный вопрос. Было принято решение обеспечить жильем за счет средств федерального бюдже-

та всех нуждающихся в улучшении жилищных условий ветеранов Великой Отечественной войны независимо от даты их постановки на учет и от уровня доходов в семье. В общей сложности 59 419 ветеранов ВОВ и членов семей погибших (умерших) ветеранов по состоянию на 1 октября 2010 года уже улучшили свои жилищные условия. Кроме этого, им предоставлено право выбора — получить эту меру социальной поддержки в денежном эквиваленте или в натуральной форме.

За предыдущий год полностью выполнены обязательства по обеспечению инвалидов войны бесплатным автотранспортом. В продолжение этого в 2010 году принято важное решение об установлении единого правового поля в вопросе использования инвалидами легковых автомобилей, полученных ими в качестве транспортных средств реабилитации за счет средств федерального бюджета. Это



позволит устранить сложившееся неравенство в распоряжении легковыми автомобилями. Теперь всем инвалидам, кому по нормам ранее действовавшего законодательства автомобили были выданы в бессрочное безвозмездное пользование, предоставлено право оформить их в собственность.

Большинству участников войны и труженикам тыла сейчас за 80. Нередко возникает необходимость серьезно обследовать ветерана: если не получается на дому или в поликлинике, то положить в больницу, сделать все нужные анализы и исследования и назначить лечение.

В госпиталях ветеранов войн (у нас их 66), в специализированных отделениях (83 отделения), оснащенных, как правило, современным оборудованием, в течение года проходят лечение более 310 тыс. ветеранов и инвалидов войны. Еще одной тысяче ветеранов ежегодно оказывается высокотехнологичная медицинская помощь в Национальном госпитале для ветеранов войны им. Г. К. Жукова.

Госпитали ветеранов войн обеспечиваются самым современным оборудованием и авто-

транспортом, высококвалифицированными кадрами. Только в 2010 году из Резервного фонда Президента РФ выделено 200 млн на закупку современного медицинского оборудования, еще 195 млн рублей — из Резервного фонда Правительства РФ направлено на приобретение санитарного автотранспорта.

В преддверии празднования 65-й годовщины Победы в Великой Отечественной войне были подведены итоги Всероссийского конкурса на звание лучшего госпиталя ветеранов войн. Призовой фонд для медучреждений, которые заняли первое, второе и третье места, составил 10 млн рублей.

Но созданная система государственной социальной поддержки ветеранов войны не ограничивается только этим. Она включает ежегодные комплексные медицинские осмотры участников и инвалидов Великой Отечественной войны, санаторно-курортное лечение, льготы и субсидии на оплату жилой площади и коммунальных услуг, бесплатный проезд в городском автотранспорте и пригородном железнодорожном.

ВОПРОС

Какие льготы предоставляются инвалидам и участникам Великой Отечественной войны?

ОТВЕТ

Инвалиды и участники Великой Отечественной войны пользуются правом на:

- 50-процентную оплату занимаемой общей площади жилых помещений;
- 50-процентную оплату коммунальных услуг;
- приобретение топлива согласно установленным нормативам при проживании в домах, не имеющих центрального отопления.

Нуждающимся ветеранам и инвалидам предоставляется единовременная материальная помощь, в том числе на газификацию домовладений и к праздничным датам (День Победы, Международный день пожилых людей и Международный день инвалидов).

Большая работа по улучшению материального обеспечения ветеранов ВОВ проводится в регионах. В Краснодарском крае оказана помощь в ремонте жилых помещений 5193 ветеранам (отремонтировано 2792 домовладения, 2401 ветеран получил финансовую поддержку на ремонт жилья на общую сумму 48 058,73 тыс. рублей). В Воронежской области отремонтированы 1444 домовладения, надворные постройки для 2034 человек, твердым топливом (уголь, дрова) обеспечены 7114 человек. В Алтайском крае на поддержку ветеранов выделено 99 466,4 тыс. рублей, в Ивановской

области — 497,6 тыс. рублей, Брянской области — 5500,0 тыс. рублей и т.д.

Для тружеников тыла, социальную поддержку которым предоставляют субъекты Российской Федерации, установлены ежемесячные денежные выплаты из региональных бюджетов (средний размер пенсионного обеспечения тружеников тыла, проработавших не менее шести месяцев в годы Великой Отечественной войны, в настоящее время составляет 8538 рублей в месяц).

Меры социальной поддержки по оплате жилого помещения и коммунальных услуг, пре-



доставлению льготного проезда на городском общественном транспорте, по ремонту жилых помещений, установке квартирных телефонов и компенсации расходов на оплату услуг телефонной связи введены в Республиках Коми, Дагестан, Омской, Вологодской, Рязанской, Тюменской областях.

В Ямало-Ненецком автономном округе 958 тружеников тыла за счет средств окружного бюджета получают пожизненное содержание в размере 10,0 тыс. рублей.

В Московской, Смоленской, Омской, Оренбургской, Свердловской областях, Республиках Коми, Татарстан, Ханты-Мансийском автономном округе ветеранам и труженикам тыла предоставляется право на бесплатное зубопротезирование.

В большинстве регионов ветеранам Великой Отечественной войны оказываются соци-

альные услуги по приобретению и доставке продуктов питания и промышленных товаров первой необходимости, организации горячего питания, ведению домашнего и подсобного хозяйства и т.д.

На территории большинства регионов ведется работа волонтеров, отрядов милосердия, созданных на базе школ, помогающих ветеранам по дому.

Ветераны и инвалиды войны имеют возможность получать услуги в социально-оздоровительных и социально-реабилитационных центрах, действующих в регионах.

Нередко ветераны выбирают для себя проживание в специальных домах для одиноких престарелых (пожилых супружеских пар), в которых есть службы социально-бытового назначения. В Российской Федерации создано и действует 450 таких домов.

Разработанные и принятые нормативно-правовые документы

Постановление Правительства РФ от 12.07.2010 № 508 «О передаче инвалидам легковых автомобилей в собственность».

Указ Президента РФ от 24.02.2010 № 247 «О единовременной выплате некоторым категориям граждан Российской Федерации в связи с 65-летием Победы в Великой Отечественной войне 1941–1945 годов».

Разработан проект совместного приказа Минздравсоцразвития России и МВД России «Об утверждении порядка оформления в собственность инвалидов легковых автомобилей, выданных им в соответствии с медицинскими показаниями бесплатно в безвозмездное пользование за счет средств федерального бюджета на основании государственных контрактов, заключенных Федеральным агентством по здравоохранению и социальному развитию и Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации» (до конца года будет принят).

Планы на 2011 год

- Совершенствование механизма материального обеспечения и дальнейшее повышение реальных доходов ветеранов.
- Совершенствование механизмов предоставления ветеранам и инвалидам социальной помощи по дополнительному лекарственному обеспечению, санаторно-курортному обслуживанию и льготному проезду.
- Развитие системы социального обслуживания, внедрение более современных форм представления социальных услуг ветеранам и более активное сотрудничество в этой работе с общественными объединениями ветеранов, в том числе по созданию на базе учреждений социального обслуживания домов ветеранов.
- Реализация федеральной целевой программы «Доступная среда» на 2011–2015 годы, которая позволит создать более удобные для ветеранов-инвалидов условия перемещения, обслуживания в медицинских, социальных и культурных учреждениях, посещения государственных учреждений.



СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА ГРАЖДАН, ПОСТРАДАВШИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ

Разработан проект постановления Правительства РФ, об увеличении размера ежемесячного пособия на проведение летнего оздоровительного отдыха детей военнослужащих, погибших (пропавших без вести), ставших инвалидами при исполнении обязанностей военной службы по призыву на территории Северо-Кавказского региона, которое в настоящее время составляет 15 840 рублей. В случае принятия названного проекта постановления эта выплата составит 16 949 рублей.

Разработан проект федерального закона, предусматривающий внесение изменений в Федеральный закон «О социальной защите граждан Российской Федерации, подвергшихся воздействию радиации вследствие аварии в 1957 году на производственном объединении «Маяк» и сбросов радиоактивных отходов в реку Теча», который принят Государственной Думой Федерального Собрания РФ и одобрен Советом Федерации Федерального Собрания РФ.

Данным проектом предусмотрены меры социальной поддержки нетрудоспособным членам семей, находившимся на иждивении умерших инвалидов вследствие указанной аварии, детям первого и второго поколения, страдающим заболеваниями вследствие этой аварии, аналогичные тем, которые установлены для членов семей граждан, подвергшихся воздействию радиации вследствие чернобыльской катастрофы.

Кроме того, для этих граждан устанавливается ежегодная индексация ряда выплат по аналогии с законодательством в сфере возмещения вреда гражданам, подвергшимся воздействию радиации вследствие чернобыльской катастрофы.

В настоящее время приняты постановления Правительства РФ об индексации и финансовом обеспечении выплат и компенсаций, предусмотренных для граждан, подвергшихся радиационному воздействию.

Продолжено совершенствование правового регулирования и правоприменительной практики по усилению мер социальной поддержки

граждан, пострадавших вследствие чрезвычайных ситуаций и террористических актов.

В целях оказания помощи семьям погибших и пострадавших в результате аварии на Саяно-Шушенской ГЭС была организована работа по выплате за счет средств федерального бюджета единовременной материальной помощи в размере 1 млн рублей семьям граждан, погибших в результате аварии в филиале ОАО «РусГидро» — «Саяно-Шушенская ГЭС», и единовременной материальной помощи в размере 100 тыс. рублей гражданам, пострадавшим в результате данной аварии.

Осуществлены выплаты единовременной материальной помощи семьям погибших и пострадавшим гражданам в результате пожара в ночном клубе г. Перми. На данные цели из федерального бюджета было выделено 86 000,0 тыс. рублей из расчета 400,0 тыс. рублей семьям погибших и 300,0 тыс. рублей пострадавшим гражданам.

Организована работа по оказанию помощи семьям погибших и пострадавшим в результате аварии на шахте «Распадская» в размере 1,0 млн рублей на погибшего, 400 тыс. и 200 тыс. рублей соответственно гражданам, получившим повреждение здоровья тяжелой (средней) либо легкой степени. На эти цели из федерального бюджета правительству Кемеровской области направлены ассигнования в объеме 120,4 млн рублей.

Для совершенствования механизма оказания помощи гражданам, пострадавшим в результате техногенных аварий, Государственной Думой РФ принят и одобрен Советом Федерации Федерального Собрания РФ Федеральный закон «О внесении изменений в статьи 10 и 11 Федерального закона «О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера», которым предоставлены дополнительные полномочия Правительству РФ и субъектам Российской Федерации по оперативному оказанию гражданам социальной поддержки при возникновении чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера.



Согласно распоряжению Правительства РФ оказана помощь пострадавшим гражданам и семьям погибших в результате террористических актов (подрыв поезда «Невский экспресс», взрыв в метро г. Москвы, взрывы в Кабардино-Балкарской Республике, Республиках Дагестан, Ингушетия, Северная Осетия–Алания, в Ставропольском крае).

Выплата единовременного пособия семьям граждан, погибших в результате террористических актов, составляет 1,0 млн рублей, гражданам, получившим тяжелую и среднюю

степень повреждения здоровья, — 400 тыс. рублей, легкую степень повреждения здоровья — 200 тыс. рублей, гражданам из числа заложников, не получившим вреда здоровью, — 100 тыс. рублей.

Министерство координировало мероприятия по ликвидации последствий, оказанию помощи в восстановлении утраченных документов и ходе выплаты единовременных пособий гражданам, пострадавшим в результате пожаров летом 2010 года.

СОЦИАЛЬНОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ

Для повышения эффективности системы социального обслуживания, развития сферы социальных услуг, модернизации реабилитационной индустрии и реабилитационных учреждений в 2010 году решались задачи:

- повышение адресной направленности социальных выплат;
- совершенствование механизма организации предоставления отдельным категориям граждан санаторно-курортного лечения, а также государственной социальной помощи отдельным категориям граждан по проезду на железнодорожном транспорте пригородного сообщения в рамках набора социальных услуг;
- повышение эффективности системы социального обслуживания граждан пожилого возраста, инвалидов и детей.

КАЛЕНДАРЬ КЛЮЧЕВЫХ СОБЫТИЙ

18–21 МАРТА — конференция «Социальная адаптация, поддержка и здоровье пожилых людей в современном обществе» в рамках Международного форума «Старшее поколение» (г. Санкт-Петербург).

13–14 АПРЕЛЯ — межрегиональная конференция «Инновационные технологии в организации надомного обслуживания пожилых людей и инвалидов» (г. Киров).

8 ИЮНЯ — Всероссийское совещание «Обеспечение социальной защиты населения в условиях преодоления финансового кризиса», в организации которого принял участие Департамент организации социальной защиты населения.

6–10 ИЮЛЯ — участие в 16-м заседании Российско-Австрийской рабочей группы, посвященном обсуждению темы «Политика в

отношении граждан пожилого возраста в современном обществе».

7 ИЮЛЯ — начала свою работу федеральная справочно-консультационная служба «Единый социальный телефон» с номером 8-800-555-0-222. По указанному номеру из любого субъекта Российской Федерации можно получить консультацию по вопросам социальной защиты населения (предоставление мер социальной поддержки отдельным категориям граждан, оказание государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, предоставление различных форм социального обслуживания, организация деятельности органов социальной защиты населения).

18–20 АВГУСТА — Межрегиональная конференция «Опыт и перспективы социального обслуживания населения» в г. Самара.

14–16 СЕНТЯБРЯ — семинар-совещание «Актуальные вопросы социальной защиты населения в субъектах Северо-Кавказского федерального округа» в г. Магас Республики Ингушетия.

29–30 СЕНТЯБРЯ — Всероссийский форум «Актуальные вопросы социальной политики России».

14–15 ОКТЯБРЯ — Третий съезд социальных педагогов и социальных работников, проведенный под девизом «Социальная работа — фактор социальной сплоченности общества».

25 ОКТЯБРЯ — заседание Государственного совета РФ по вопросам социальной политики в отношении граждан пожилого возраста и повышения качества их жизни.

1 ДЕКАБРЯ — участие в выездном совещании Государственного антинаркотического комитета в г. Ханты-Мансийске по вопросу создания системы социальной реабилитации (без лечения) наркозависимых граждан.



На заседании президиума Государственного совета РФ в октябре 2010 года министр Татьяна Голикова сообщила о том, что Минздравсоцразвития приступило к подготовке новой редакции закона о социальном обслуживании населения. Необходимость обновления Федерального закона «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации» вызвана прежде всего тем, что действующий в настоящее время закон полностью отнесен к полномочиям регионов и муниципалитетов. Вместе с тем опыт шести лет показал, что для обеспечения единообразия работы всех регионов стандарты и определенную методологическую основу необходимо принимать на федеральном уровне.

ЦИТАТА:

«Реформирование и дальнейшее развитие системы социального обслуживания возможно лишь на обновленной законодательной базе, состоящей из федерального и регионального законодательств, гармоничное и сбалансированное развитие которых должно представлять собой взаимосвязанный и взаимообусловленный процесс».

Ольга Самарина, директор Департамента социальной защиты населения, радио «Голос России», 28 апреля 2010 года

Цель законопроекта — усиление правовых гарантий доступности и качества услуг социального обслуживания, обеспечение соответствия норм законодательства в области социального обслуживания современному уровню развития общественных отношений и экономики, укрепление правовой основы развития рыночных механизмов в этой сфере. На подготовку новой редакции закона отведено полгода.

В настоящее время социальные услуги предоставляются более чем в 4 тыс. социальных учреждений различного профиля. Ежегодно ими оказывается помощь более чем 15 млн нуждающихся в социальной защите гражданам.

С 2000 года число стационарных учреждений социального обслуживания различных типов возросло в 1,3 раза, число проживающих в них увеличилось на 27,3 тыс. человек. На сегодня в Российской Федерации действует 1648 стационарных учреждений социального обслуживания (1500 для взрослых и 148 для умственно отсталых детей и для детей с физическими недостатками). Однако очередь во все типы

стационарных учреждений социального обслуживания составляет более 20 тыс. человек.

Материально-техническая база этих учреждений, формировавшаяся в основном в послевоенный период, значительно устарела, что нередко является причиной пожаров. Около 600 зданий требуют реконструкции.

Для обеспечения санитарно-эпидемиологической безопасности граждан пожилого возраста, находящихся в стационарных учреждениях социального обслуживания, с 1 марта 2010 года введены в действие СанПиН 2.1.2.2564-09 «Гигиенические требования к размещению, устройству, оборудованию, содержанию объектов организации здравоохранения и социального обслуживания, предназначенных для постоянного проживания престарелых и инвалидов, санитарно-гигиеническому противоэпидемиологическому режиму их работы».

Установленные этим документом требования обязательны для организаций независимо от их организационно-правовой формы и формы собственности при размещении, проектировании, строительстве и эксплуатации вновь строящихся, реконструируемых объектов.

В 2010 году Минздравсоцразвития России принимало активное участие в создании на базе Национального центра управления в кризисных ситуациях МЧС России единой автоматизированной системы сбора сведений об оценке текущего состояния комплексной безопасности объектов здравоохранения и социального обслуживания населения с круглосуточным пребыванием людей.

На каждое учреждение социального обслуживания заполнен паспорт комплексной безопасности, содержащий сведения об организационно-правовой форме учреждений, численности проживающих, годах постройки здания, текущем состоянии, оснащенности учреждения, а также об охране здания и видеонаблюдении территории и помещений.

Наряду с обслуживанием в стационарных условиях развивается система нестационарного и полустационарного социального обслуживания граждан пожилого возраста. Такие услуги оказывают 2220 центров социального обслуживания, в том числе 1417 комплексных центров, созданных в субъектах Российской Федерации.

Действуют 252 специальных дома для одиноких престарелых людей, в которых проживают



более 14 тыс. человек. В 153 специальных домах имеются службы по предоставлению комплекса услуг социально-бытового назначения.

Широкое развитие получила организация предоставления социальных услуг на дому, включающая: доставку продуктов питания, лекарств, товаров и др.; предоставление личных и хозяйственно-бытовых услуг (гигиенические услуги, купание, одевание, укладывание в постель, подъем из постели и др.); оказание лечебно-профилактической помощи в центрах здоровья или поликлиниках, предоставление транспортных услуг, организация досуга.

Органы социальной защиты населения субъектов Российской Федерации внедряют различные формы надомного социального обслуживания — «Хоспис на дому», предоставление патронажных услуг по домашнему уходу за больными, специализированная служба по оказанию услуг экстренной социально-медицинской помощи гражданам пожилого возраста и инвалидам «Тревожная кнопка».

Дальнейшее повышение качества и доступности социальных услуг потребует введения рыночных механизмов, установление конкурентной среды. Для этого предполагается развитие частно-государственного партнерства, социального заказа, социальных грантов в сфере социального обслуживания населения.

ЦИТАТА:

«Одним из шагов по созданию благоприятного климата для развития частно-государственного партнерства может стать создание Фонда поддержки граждан пожилого возраста. В Фонде должны аккумулироваться бюджетные и внебюджетные средства для оказания помощи слаботзащищенным категориям населения, на предоставление субсидий субъектам Российской Федерации на реализацию их социальных программ, на поддержку социально-ориентированных некоммерческих организаций через выделение грантов».

Татьяна Голикова, министр здравоохранения и социального развития РФ, ИТАР ТАСС, 25 октября

В настоящее время в системе социальной защиты населения предусмотрено 548,8 тыс. должностей работников социальных служб, из них заняты только 505,9 тыс. должностей. Наибольшая потребность в среднем и младшем медицинском персонале (14,6 тыс. вакансий), а также в специалистах по социальной работе и непосредственно самих социальных работников (6,3 тыс. вакансий).

Размер оплаты труда в учреждениях социального обслуживания в регионах различен и зависит от финансовых возможностей субъекта: от 4800 рублей в Пензенской области до 22 800 рублей в Камчатском крае.

В целях повышения престижа профессии социальных работников, стимулирования их профессиональной деятельности, распространения передовых технологий работы с пожилыми людьми, инвалидами, детьми, с семьями, имеющими детей, Минздравсоцразвития России разработан проект постановления Правительства РФ «О единовременном денежном поощрении лучших социальных работников». Предлагается проведение в 2011 году Всероссийского конкурса «Лучший социальный работник» по 20 номинациям с призовым фондом 20 млн рублей.

ЦИТАТА:

«В конкурсе будет 20 номинаций, 16 номинаций мы планируем сделать лучшим социальным работникам и четыре особых — за долголетие в этой сфере и, наоборот, молодым, которые проявили себя: за лучшие практики и за работу с трудными детьми. За первое место премия будет 500 тыс. рублей, за второе — 300 и за третье — 200 тыс. рублей. Соответственно, таким образом, мы охватим большее количество социальных работников».

Татьяна Голикова, министр здравоохранения и социального развития РФ, НТВ, «Сегодня», 12 декабря 2010 года

К мерам государственной поддержки социально незащищенных категорий населения относится предоставление **набора социальных услуг (НСУ)**.



ВОПРОС

Сколько в настоящее время в денежном выражении составляет набор социальных услуг (НСУ)?

ОТВЕТ

Стоимость соцпакета 705 рублей, в том числе на медицинскую составляющую (лекарственное обеспечение и предоставление путевок на санаторно-курортное лечение) приходится 627 рублей, на транспортную составляющую — 78 рублей.

Стоимость соцпакета не является фиксированной суммой и повышается в соответствии с ростом стоимости жизни.

В настоящее время проработан вопрос о разделении внутри социального пакета лекарственного и санаторно-курортного обеспечения. Сделано это исходя из интересов получателей НСУ — теперь они могут выбрать одну услугу, а другую получить в денежном выражении. Для тех граждан, которые по состоянию на 1 октября 2010 года уже сделали свой выбор (в пользу НСУ или его денежного эквивалента), будет установлен «переходный период». Они могут до 1 апреля 2011 года повторно осуществить этот выбор.

ЦИТАТА:

«Если льготники не высказывались в пользу лекарств или в пользу санаторно-курортного лечения, потому что эти услуги были объединены в одну группу, то теперь они эту возможность имеют. И мы рассчитываем, что у нас возрастет количество граждан, которые воспользуются либо тем, либо другим направлением, потому что не всем нужна совмещенная льгота».

Татьяна Голикова, министр здравоохранения и социального развития РФ, РИА Новости, 12 декабря 2010 года

В развитие социальной защиты населения большой вклад вносят **общественные организации**. На 1 октября 2010 года общественным организациям и иным некоммерческим объединениям, оказывающим социальные услуги населению, из средств федерального бюджета выделено более 665 млн рублей.

В число общественных организаций и некоммерческих объединений, получающих государственную поддержку, входят такие крупные организации, как Всероссийская общественная организация героев, кавалеров государственных наград и лауреатов государственных премий «Трудовая доблесть России», Всероссийская общественная организация ветеранов (пенсионеров) войны, труда, Вооруженных Сил и правоохранительных органов, Общероссийская общественная организация ветеранов войны и военной службы, Российская ассоциация жертв незаконных политических репрессий и др.



Разработанные и утвержденные нормативные документы

Проект «Поддержка социально незащищенных групп населения» утвержден Председателем Правительства РФ В.В. Путиным 30.04.2010 № ВП-П13-3011.

Постановление Правительства РФ от 3.09.2010 № 676 «О внесении изменения в Правила финансового обеспечения расходов по предоставлению гражданам государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, утвержденные постановлением Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2004 года № 864».

Постановление Правительства РФ от 17.11.2010 № 927 «Об отдельных вопросах осуществления опеки и попечительства в отношении совершеннолетних недееспособных или не полностью дееспособных граждан».

Федеральный закон от 08.12.2010 № 345-ФЗ «О внесении изменений в статью 62 Федерального закона «О государственной социальной помощи»».

Планы на 2011 год

- Строительство современных модульных зданий социальных учреждений, оснащение их современным оборудованием. Данный вопрос можно решить путем предоставления субъектам Российской Федерации субсидий на модернизацию базы социальных учреждений в рамках реализации отдельных мероприятий региональных социальных программ.
- Обеспечение пожилых людей и инвалидов социальными и отдельными медицинскими услугами, выполнение которых возможно по месту проживания граждан. Создание мобильных бригад.
- Развитие частно-государственного партнерства, привлечение негосударственного сектора в сферу оказания социальных услуг населению.
- Введение обязательного страхования жизни и здоровья при помещении пожилых людей в стационарное учреждение для постоянного проживания, что будет способствовать повышению их социальной защищенности.
- Развитие гражданской инициативы и добровольчества в системе ухода за пожилыми людьми и инвалидами, более широкое привлечение к этой работе студентов медицинских образовательных учреждений, волонтеров, спонсоров и благотворителей.
- Распространение передовых технологий работы с пожилыми людьми, инвалидами, детьми, с семьями, имеющими детей.
- Повышение престижа профессии социальных работников, стимулирование их профессиональной деятельности.



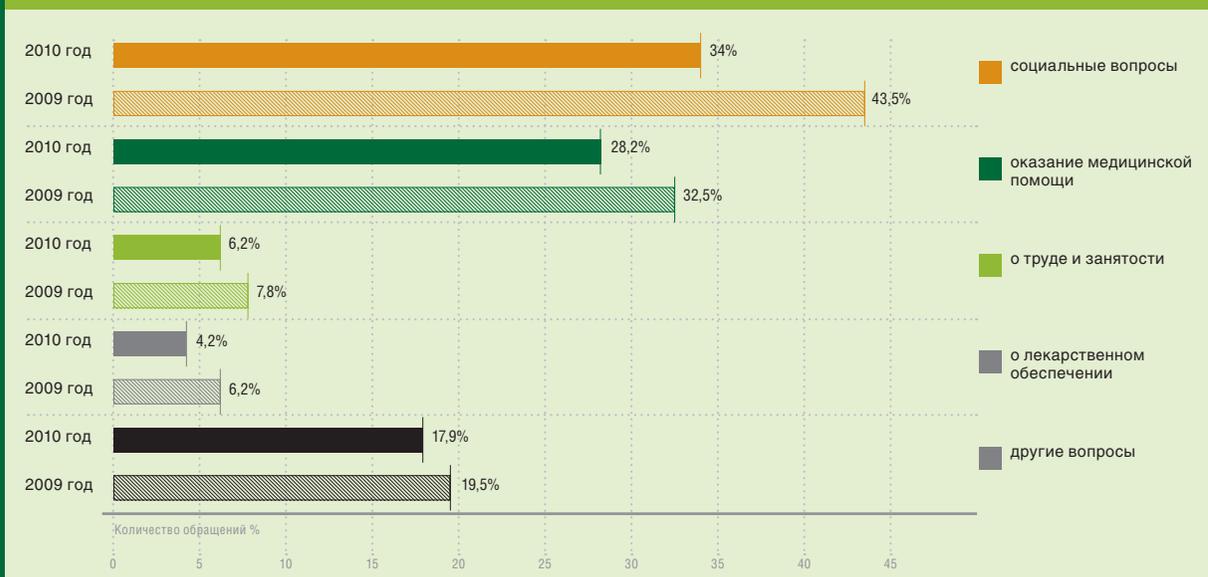
РАБОТА С ОБРАЩЕНИЯМИ ГРАЖДАН

В Министерство здравоохранения и социального развития РФ за период с 1 января по 30 ноября 2010 года поступило 77 824 письменных обращений граждан по различным вопросам, что на 21 580 обращений больше, чем за тот же период 2009 года.

Этот рост обращений связан с тем, что с 1 января 2010 года гражданам предоставлена возможность направить свое обращение в Министерство через Общественную интернет-приемную, открытую на официальном сайте Минздравсоцразвития России. В результате за указанный период через Общественную интернет-приемную поступило более 19 тыс. обращений граждан.

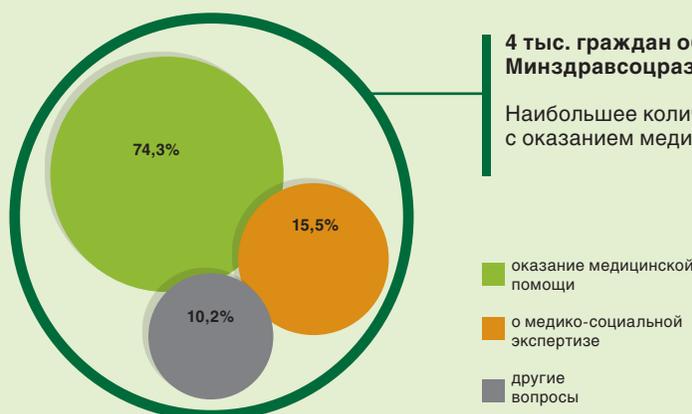
Наибольшее количество обращений (34%) касалось социальной тематики — пенсионное обеспечение, социальная защита, вопросы медико-социальной экспертизы и т.п. При этом общее количество обращений по этим вопросам уменьшилось на 9,5% по сравнению с аналогичным периодом прошлого года (в 2009 году эти обращения составляли 43,5%). Количество обращений по вопросам организации медицинской помощи по сравнению с 2009 годом увеличилось на 4,3% и составило 32,5% (в 2009 году — 28,2%); количество вопросов по лекарственному обеспечению увеличилось на 2% и составило 6,2% (в 2009 году — 4,2%); количество обращений по вопросам труда и занятости населения в 2010 году возросло на 1,6% и составило 7,8% (в 2009 году — 6,2%); другие вопросы — 19,5%.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБРАЩЕНИЙ ГРАЖДАН, ПОСТУПИВШИХ В МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ В 2010 И 2009 ГОДАХ





СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБРАЩЕНИЙ ГРАЖДАН,
ПОСТУПИВШИХ В ПРИЕМНУЮ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ
ЗА ПЕРИОД С 1 ЯНВАРЯ ПО 30 НОЯБРЯ 2010 ГОДА, ПО ТЕМАМ



4 тыс. граждан обратились в приемную Минздравсоцразвития России

Наибольшее количество вопросов связано с оказанием медицинской помощи

За 11 месяцев 2010 года около 4 тыс. граждан обратились в приемную Минздравсоцразвития России, где смогли получить разъяснения по интересующим их вопросам, входящим в компетенцию Министерства. Из них более 2,7 тыс. граждан воспользовались возможностью в ходе личного приема оставить свои письменные обращения для получения соответствующего письменного ответа. Наибольшее количество вопросов, с которыми обращаются граждане в приемную Минздрав-

соцразвития России, связаны с оказанием медицинской помощи, в большей степени высокотехнологичной, что составляет 74,3% от общего числа обращений. Также поводом для обращения в приемную являются проблемы в области медико-социальной экспертизы (15,5% обращений). Такое распределение обращений традиционно. Так, в 2009 году по поводу оказания медицинской помощи было 77% обращений, а по поводу медико-социальной экспертизы — 16%.



A series of horizontal lines for text entry, consisting of 25 lines. A thick green horizontal line is located at the bottom of this section.