

Завершается
подписка на 2014 год

WWW.ZDRAV.RU

Здравоохранение

журнал рабочих ситуаций главного врача

№12
декабрь 2013

Комплексное оснащение ЦСО

Оборудование из Германии и Италии. 3 года гарантии.



Бесплатное проектирование, согласование и конкурсное сопровождение проектов.
МЕДИЦИНСКАЯ КОМПАНИЯ ВИТА-ПУЛ. (495) 514-19-00, 514-19-07, www.vitapool.ru

56 Парадоксы новых Правил
переливания крови

Как работает электронная система «Экономика ЛПУ»?

Как рассчитать цены на платные медицинские услуги? [Задать вопрос эксперту](#)

Воспользуйтесь сервисом «Задать вопрос эксперту» и получите индивидуальную консультацию по рабочим вопросам.

Фильтровать результаты

Фильтр поиска по типу материала

Все результаты

- По типу материала [174]
 - Экспертные материалы [29]
 - Вопросы-Ответы [22]
 - Разъяснения [6]
 - Сводка по обновлениям продукта [1]
 - Шаблоны документов [2]
- Судебная практика [19]
 - Определения суда [1]
 - Постановления суда [17]
 - Обзоры судебной практики [1]
- Нормативные акты [143]
 - Кодексы [4]
 - Федеральные законы [10]
 - Постановления Правительства Российской Федерации [17]
 - Распоряжения Правительства Российской Федерации [4]
 - Постановления органов исполнительной власти Российской Федерации [3]
 - Приказы органов исполнительной власти Российской Федерации [26]
 - Письма органов исполнительной власти Российской Федерации [11]
 - Иные акты органов исполнительной власти Российской Федерации [6]
 - Акты иных органов [3]
 - Рекомендации [1]
 - Законы субъектов Российской Федерации [7]
 - Нормативные правовые акты органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации [30]
 - Нормативные правовые акты органов местного самоуправления [1]
 - Постановления органов судебной власти [17]
 - Определения органов судебной власти [1]
 - Иные акты субъектов РФ [1]

Фильтровать результаты

Фильтр поиска по рубрикам

Все результаты

- По типу материала [174]
- По источнику финансирования [28]
- По рубрикам [183]
 - Организация деятельности медицинской организации [15]
 - Дополнительные требования для оказания платных услуг [15]
 - Разъяснения экспертов [3]
 - Вопрос-ответ [12]
 - Финансовое обеспечение деятельности в сфере ОМС [1]
 - Порядок оплаты медицинской помощи [1]
 - Разъяснения экспертов [1]
 - Планирование финансово-хозяйственной деятельности [19]
 - Ценообразование на платные услуги [19]
 - Разъяснения экспертов [3]
 - Вопрос-ответ [14]
 - Шаблоны документов [2]
 - Управление ресурсами медицинской организации [2]
 - Нормирование и оплата труда [2]
 - Вопрос-ответ [2]
 - Электронные версии журналов [8]
 - Журнал «Экономика ЛПУ в вопросах и ответах» [8]
 - История обновлений е-ЛПУ [1]
 - 2013 [1]
 - Нормативные документы [144]
 - Кодексы [4]
 - Акты Правительства РФ [21]
 - Акты органов исполнительной власти РФ

Фильтровать результаты

Фильтр поиска по источнику финансирования

Все результаты

- По типу материала [174]
- По источнику финансирования [28]
 - ОМС [4]
 - Платные медицинские услуги [26]
 - Платные немедицинские услуги [2]
- По рубрикам [183]

Вопрос-ответ

Каким образом осуществляется ценообразование на платные медицинские услуги для автономных и казенных учреждений?

ВОПРОС

Каким образом осуществляется ценообразование на платные медицинские услуги для автономных и казенных учреждений?

ОТВЕТ

Действующее законодательство не регулирует конкретный порядок ценообразования на платные медицинские услуги для автономных и казенных учреждений, в отличие от бюджетных учреждений (п. 4 ст. 9.2 Федерального закона от 12.01.1996 № 7-ФЗ).

При этом надо иметь в виду, что поскольку доходы, полученные от деятельности казенных учреждений, поступают в соответствующий бюджет бюджетной системы Российской Федерации (ст. 298 ГК РФ), то во избежание претензий со стороны проверяющих в "недополучении доходов бюджета" или наоборот в "не учитывании интересов населения" при формировании цен на платные медицинские услуги, целесообразно или сами цены, или хотя бы порядок их расчета согласовать с органом, исполняющим функцию и полномочия учредителя казенного учреждения.

Разъяснение

Каким образом устанавливаются цены на платные медицинские услуги? Есть ли нормативные ограничения на размер прибыли?

Шамшурина Н.Г.
 д-р экон. наук, проф. кафедры социологии медицины, экономики здравоохранения и медицинского страхования ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России

Согласно постановлению Правительства РФ от 07.03.1995 № 239, медицинские услуги не включены в перечни услуг, цены на которые подлежат государственному регулированию Правительством РФ, федеральными или региональными органами исполнительной власти.

Размер прибыли на федеральном уровне также не регулируется – согласно письму Минэкономки России от 03.03.1999 № 7-225, уровень рентабельности при расчете свободных тарифов не регламентирован. Кстати, в соответствии с постановлением Правительства РФ от 10.11.2011 № 917 для конкретных видов медицинской деятельности установлена налоговая ставка 0% по налогу на прибыль организаций.

Шаблон и примеры

Таблицы для расчета суммы средств, направленных на оплату труда работников кабинета (офиса) общей врачебной практики (семейного врача)

Шаблон [\(скачать\)](#)

РАСЧЕТ ЗАТРАТ ПО СТАТЬЕ 110100 "ОПЛАТА ТРУДА" ЭКОНОМИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ РАСХОДОВ, ОТНОСИМЫХ НА ПРОСТУЮ УСЛУГУ

Таблица 1.1

Наименование подразделения	Число штатных должностей			Средняя ставка в месяц (руб.)			Фонд заработной платы (руб.)				
	врачи	ср. м.п.	прочие	врачи	ср. м.п.	прочие	итого з/плата основного персонала	прочие	всего		
1	2	3	4	5	6	7	8 (гр. 2 х гр. 5)	9 (гр. 3 х гр. 6)	10 (гр. 8 + гр. 9)	11 (гр. 4 х гр. 7)	12 (гр. 10 + гр. 11)
1. Терапевтический кабинет (отделение)			-			-					-
2. Хирургический кабинет (отделение)			-			-					-
3.			-			-					-
4.			-			-					-
5. Лаборатория			-			-					-
6. Рентгеновский кабинет			-			-					-

Дорогие друзья!

Поздравляем вас с наступающим Новым годом и Рождеством!

Уходящий год, несмотря на многочисленные трудности, подарил много достижений, прекрасных минут и обогатил новыми впечатлениями. В жизни каждого из нас произошли события, подарившие уникальный опыт.

Что делает Новый год одним из самых ожидаемых и любимых нами праздников? Нам кажется, что главное в праздновании Нового года – душевная теплота! Мы благодарим вас, наших дорогих друзей, за доброе отношение, взаимопонимание и радость делового общения.

Желаем вам, чтобы каждый день наступающего года открывал новые горизонты, рядом были хорошие друзья и надежные партнеры. Удачи во всех начинаниях, достижения поставленных целей, финансового благополучия и, конечно, крепкого здоровья! Будьте счастливы в новом, 2014 году!

*С уважением,
редакция журнала «Здравоохранение»*



22 ноября отмечает свой 50-летний юбилей Оксана Юрьевна Александрова, член редакционного и экспертного совета журнала «Здравоохранение», профессор кафедры основ законодательства в здравоохранении Первого московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова.

После окончания Рязанского медицинского института имени академика И.П. Павлова, О.Ю. Александрова работала в практическом здравоохранении. В 1995 году защитила кандидатскую диссертацию, в 2001 – докторскую. Начиная с 2000 года Оксана Юрьевна Александрова преподает в Первом Московском государственном медицинском университете имени И.М. Сеченова.

Оксана Юрьевна – автор более 250 научных работ по организации здравоохранения и медицинскому праву, 12 монографий и 15 учебных пособий по актуальным проблемам правового регулирования медицинской деятельности. Под руководством О.Ю. Александровой защищены 1 докторская и 12 кандидатских диссертаций.

Работу в Первом МГМУ им. И.М. Сеченова Оксана Юрьевна успешно совмещает с общественной деятельностью. Много лет О.Ю. Александрова проводит экспертизы законопроектов в области охраны здоровья граждан, является консультантом-экспертом Комиссии по контролю за реформой и модернизацией системы здравоохранения и демографии Общественной палаты Российской Федерации.



Сердечно поздравляем Оксану Юрьевну с юбилеем, желаем здоровья и удачи, новых достижений и открытий!

Вялков А.И. – академик РАМН, проф., д.м.н.

Герасименко Н.Ф. – д.м.н., профессор, академик РАМН, зав. кафедрой основ законодательства в здравоохранении ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России, первый зам. председателя Комитета ГД ФС РФ по охране здоровья

Дорофеев С.Б. – зам. председателя Комитета ГД по охране здоровья, вице-президент НМП, заслуженный врач Российской Федерации, к.м.н.

Иванов А.В. – главный редактор Объединенной редакции «Здравоохранение»

Стародубов В.И. – д.м.н., профессор, академик РАМН, вице-президент РАМН, директор ЦНИИОИЗ Минздрава России

Хабриев Р.У. – директор НИИ общественного здоровья, академик РАМН, д.м.н., д. фарм. наук, профессор



Дорогая Оксана Юрьевна!

*От всей души поздравляю Вас с юбилеем. Желаю, чтобы Ваши мечты находили отражение в реальности, чтобы окружающие Вас радовали и Вы получали удовольствие от того, что происходит вокруг Вас. И самое главное, чтобы Вы оставались такой же красавицей!
Здоровья Вам и Вашим близким!*

Ваш Л.М. Рошаль

РЕДАКЦИОННЫЙ И ЭКСПЕРТНЫЙ СОВЕТ

АЛЕКСАНДРОВА О.Ю. – д-р мед. наук, профессор, ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России

АНДРЕЕВА О.В. – д-р мед. наук, профессор, зам. директора по экономике Московского НИИ организации здравоохранения и медицинской экологии Департамента здравоохранения г. Москвы (ГБУЗ «МНИИОЗи МЭ» ДЗМ)

ВЕНЕДИКТОВ Д.Д. – д-р мед. наук, профессор, чл.-корр. РАМН, зав. кафедрой медицинской информатики и управления при Президиуме РАМН

ГАЙДАРОВ Г.М. – д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Иркутского государственного медицинского университета

ГЕРАСИМЕНКО Н.Ф. – д-р мед. наук, профессор, академик РАМН, зав. кафедрой основ законодательства в здравоохранении ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России, первый зам. председателя Комитета ГД ФС РФ по охране здоровья

ГИРИХИДИ В.П. – канд. мед. наук, директор Издательского дома МЦФЭР

ГОЛУХОВ Г.Н. – д-р мед. наук, профессор, министр правительства Москвы, руководитель департамента здравоохранения г. Москвы

ГРИДАСОВ Г.Н. – канд. мед. наук, зам. председателя правительства Самарской области – министр здравоохранения и социального развития Самарской области

ГРИШИН В.В. – д-р экон. наук, профессор, член президиума Национальной медицинской палаты

ДОРОЩЕНКО В.Н. – д-р мед. наук, профессор, директор департамента здравоохранения Брянской области

ИВАНОВ А.В. – главный редактор объединенной редакции «Здравоохранение»

КАДЫРОВ Ф.Н. – д-р экон. наук, профессор, заслуженный экономист РФ, зам. директора ЦНИИОИЗ Минздрава России

КОБЯКОВА О.С. – д-р мед. наук, профессор, начальник департамента здравоохранения Томской области

КОЛЕСНИКОВ С.И. – д-р мед. наук, профессор, академик РАМН, советник Президиума РАМН

КУЗНЕЦОВ П.П. – д-р мед. наук, профессор, начальник Управления информатизации и связи со СМИ аппарата Президиума РАМН

НАТХО Р.Х. – член Комитета ГД ФС РФ по охране здоровья

ОНИЩЕНКО Г.Г. – д-р мед. наук, профессор, академик РАМН, помощник Председателя Правительства РФ

ПАНОВ А.В. – член Общественного совета по защите прав пациентов при Росздравнадзоре, управляющий ООО «Центр медицинского права», г. Омск

РОЙТБЕРГ Г.Е. – д-р мед. наук, профессор, академик РАМН, засл. врач РФ, зав. кафедрой терапии и семейной медицины ГБОУ ВПО «РНМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, президент ОАО «Медицина»

САФОНОВ А.Л. – д-р экон. наук, профессор, проректор РАНХ и ГС при Президенте РФ

СТАДЧЕНКО Н.Н. – канд. экон. наук, председатель Федерального фонда ОМС

СТАРОДУБОВ В.И. – д-р мед. наук, профессор, академик РАМН, вице-президент РАМН, директор ЦНИИОИЗ Минздрава России

СТРЮЧКОВ В.В. – зам. председателя правительства – министр здравоохранения и социального развития Пензенской области

УЙБА В.В. – д-р мед. наук, руководитель ФМБА России, засл. врач РФ

ШАМШУРИНА Н.Г. – д-р экон. наук, профессор ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России

ШЕБАЕВ Г.А. – канд. мед. наук, министр здравоохранения Республики Башкортостан

ШЕЙМАН И.М. – канд. экон. наук, заслуженный экономист РФ, профессор НИУ «Высшая школа экономики»

УЛИЧ В.В. – министр здравоохранения и социального развития Республики Карелия

ЯНИН В.Н. – министр здравоохранения Красноярского края

Содержание

КОРОТКО

- 6 СОБЫТИЯ
- 12 НОРМАТИВНАЯ БАЗА

РАБОЧАЯ СИТУАЦИЯ

ЭКОНОМИКА ЛПУ

М.В. Пирогов

- 22 Особенности учета затрат медицинской организацией в условиях одноканального финансирования

МАРКЕТИНГ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Е.В. Кулакова

- 36 Гибкая ценовая политика медицинских организаций

ГОСЗАКУПКИ ЛПУ

О.К. Лисовенко

- 42 Запрос котировок учреждениями здравоохранения: новые правила

КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

ПОРЯДКИ И СТАНДАРТЫ

А.В. Кочубей

- 50 Организация оказания медицинской помощи: нормативно-правовое регулирование

ТЕХНОЛОГИИ В ЛПУ

Е.Б. Жибурт, С.Р. Мадзаев

- 56 Парадоксы новых Правил переливания крови

ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

И.В. Самородская

- 66 Клинические рекомендации и стандарты медицинской помощи

ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ

ПРАВА ПАЦИЕНТОВ

Л.Е. Зиганшина, Т.Р. Абакумова, Э.Г. Александрова, В.Н. Хазиахметова, А.Ф. Титаренко

74 Продвижение лекарств: проблема никуда не исчезла

ОПЛАТА ТРУДА В ЛПУ

Е.В. Скорикова

82 Стимулирующие выплаты: анализ спорных ситуаций

НОРМИРОВАНИЕ ТРУДА

В.М. Шипова, З.Б. Киндаров

92 Определение численности должностей для обеспечения разных режимов работы в медицинских организациях

ОПЫТ

РЕГИОНЫ

С.И. Блохина, Т.Я. Ткаченко, С.Л. Гольдштейн

98 Интеллектуально-информационная поддержка процессов управления реабилитацией в многопрофильном детском медицинском учреждении

ОСНАЩЕНИЕ ЛПУ

106 Шаги сотрудничества: от медицинских изделий до современной мебели

НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

110 Приложение к письму ФОМС от 23.07.2013 № 5423/21-и <О методике включения в тариф на оплату медицинской помощи расходов на содержание медицинской организации, а также затрат на приобретение оборудования стоимостью до 100 тыс. руб. за единицу> (извлечения) (окончание)

Свердловская область присоединилась к Всероссийской социально-образовательной программе «Путь жизни»

Свердловская область стала пятым регионом, присоединившимся к Всероссийской социально-образовательной программе «Путь жизни». Ранее в проекте приняли участие Рязанская, Вологодская, Ивановская и Воронежская область.

В рамках программы «Путь жизни» в Екатеринбурге состоялся массовый бесплатный скрининг трудоспособного населения на предмет наличия рисков развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

Целью программы «Путь жизни» является развитие профилактической медицины и повышение уровня знания населения и руководителей предприятий о рисках, связанных с ССЗ. Инициаторами проекта являются компания Bayer и ФГБУ ГНИЦ Профилактической медицины Минздрава России. Проект проходит при поддержке ГБУЗ «Свердловский областной центр медицинской профилактики» и министерства здравоохранения Свердловской области. Уникальность проекта заключается в том, что данное обследование позволяет моделировать как персональный риск развития сердечно-сосудистых заболеваний отдельного сотрудника, так и совокупные риски для предприятия. В рамках обследования проводится тестирование сотрудников, позволяющее анализировать данные анамнеза, наследственные факторы и образ жизни, что способствует наиболее точной оценке состояния сердечно-сосудистой системы.

По материалам ria-ami.ru

При Минздраве России будет создан Координационный совет по развитию государственно-частного партнерства

До конца 2013 г. должен быть принят разработанный Министерством экономического развития России рамочный закон о государственно-частном партнерстве (ГЧП), после чего Минздрав России планирует разработать в рамках этого закона подзаконные нормативные акты, регламентирующие аспекты ГЧП в сфере здравоохранения. Об этом сообщил заместитель Министра здравоохранения РФ С.А. Краевой.

«Закон предусматривает, что государство будет делать заказ на количество, качество и периодичность оказания определенного вида услуг и утверждать тариф на эти услуги. Затем оно заключает долгосрочный контракт с исполнителем. При этом будет проверяться только качество, количество, своевременность выполнения услуг по заданному тарифу, — сообщил С.А. Краевой. – Государственно-частное партнерство – это ответственность государства как заказчика и бизнеса как исполнителя».

С.А. Краевой также заявил о создании Минздравом России Координационного совета по развитию государственно-частного партнерства, который возглавит глава ведомства В. И. Скворцова. В него войдут представители субъектов Российской Федерации, бизнеса, пациентских сообществ, юристы и экономисты. Координационный совет позволит инвесторам обсудить свои предложения для разработки наиболее эффективно действующего закона, регулирующего ГЧП в сфере здравоохранения.

По материалам ria-ami.ru

Централизованные закупки лекарств экономят бюджетные средства

Срок передачи полномочий по закупке лекарственных средств по программе «Семь нозологий» от Министерства здравоохранения РФ в регионы планируется перенести с 2014 на 2015 г. Такую информацию озвучила директор департамента лекарственного обеспечения и регулирования обращения медицинских изделий Минздрава России Е.А. Максимкина, выступая на ежегодном фармацевтическом форуме Pharma Russia 2013.

Е.А. Максимкина отметила в своем выступлении, что централизованные закупки лекарств по программе «Семь нозологий» позволяют в настоящее время существенно экономить бюджетные средства. В связи с этим в законопроект «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам охраны здоровья граждан в Российской Федерации» внесены поправки ко второму чтению в Госдуме. Также имеется мнение о необходимости продления полномочий Минздрава по закупке данной группы лекарственных средств до 2018 г.

Тему качества лекарственных препаратов поднял в одном из своих выступлений в рамках форума генеральный директор Ассоциации российских фармацевтических производителей (АРФП) В.А. Дмитриев. «Безусловно, нужно иметь переходный период для того, чтобы сформировались практики», – сказал глава АРФП. Он отметил, что «GMP – это всего лишь одна из составляющих и, безусловно, качество необходимо подтверждать на каждом этапе».

По материалам ria-ami.ru

В Омской области за 2013 г. выписано более одного миллиона «электронных рецептов»

Со второго полугодия 2013 г. врачам Омской области разрешено оформлять рецептурные бланки с использованием компьютерных технологий.

На сегодняшний день в программном комплексе работают более 3 тыс. врачей 83 медицинских организаций города Омска и Омской области. Посредством комплекса «Электронный рецепт» за 2013 г. выписано более 1 млн рецептов на лекарственные препараты для льготных категорий граждан, а также за полную стоимость. Использование комплекса позволяет ежедневно выписывать до 20 тыс. рецептов.

В июле 2013 г. программный комплекс дополнен модулем выписки платных рецептов, который в соответствии с изменениями законодательства позволяет осуществлять выписку рецептов по международному непатентованному наименованию. Кроме того, комплекс можно использовать в качестве справочного пособия для врачей по поиску международного непатентованного наименования по торговому наименованию лекарственного препарата (с целью перевода МНН на латинский язык для корректной выписки рецептов). По мнению специалистов, автоматизированная выписка рецептов в целом существенно упрощает работу врачей, значительно уменьшает временные затраты на работу с рецептами, тем самым позволяет больше времени уделять пациенту и сократить время ожидания приема к врачу.

По материалам www.pharmvestnik.ru

Минздрав России продолжит программу для молодых врачей «Земский доктор»

Министерство здравоохранения РФ продолжит в 2014 г. программу «Земский доктор», которая предусматривает выплату молодым врачам 1 млн руб., если они соглашаются на работу в сельской местности. Об этом сообщила Министр здравоохранения России В.И. Скорцова.

Федеральная программа «Земский доктор» предполагает врачам в возрасте до 35 лет, которые приезжают работать в сельскую местность, выделение подъемных в размере 1 млн руб. Полученные средства молодые специалисты могут потратить в т. ч. на строительство или покупку собственного жилья.

Решение привлечь молодых врачей на работу в сельской местности было принято в начале 2012 г. в рамках программы модернизации здравоохранения.

За 2012 г. в рамках этой программы в село пришли работать около 8 тыс. молодых врачей, а в нынешнем году она распространилась и на рабочие поселки. Рабочим поселком считается административно-территориальная единица, на территории которой есть промышленные предприятия, объекты строительства, гидротехнических сооружения и другие объекты производственной инфраструктуры. Численность населения рабочего поселка – не менее 3 тыс. человек, при этом большинство из них должны трудиться в производственной сфере. К концу 2013 г. ожидается приход примерно 3,5 тыс. специалистов дополнительно.

По материалам medportal.ru

На лечение туберкулеза регионам выделили 3,4 млрд руб.

На борьбу с туберкулезом в 2014 г. в России будет потрачено около 4 млрд руб. Эти деньги пойдут на обеспечение всех регионов Российской Федерации специальными диагностическими тест-системами.

Как рассказала глава Министерства здравоохранения В.И. Скорцова во время посещения НИИ фтизиопульмонологии Первого МГМУ им. Сеченова, где находятся заболевшие после пробы Манту в Приморье дети, эти тест-системы позволяют быстро выявлять туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью, а также дают возможность определить чувствительность больного к тому или иному препарату и соответственно отрегулировать эффективность проводимого лечения.

Кроме того, 83 субъекта России получают дорогостоящие противотуберкулезные препараты второго ряда, которые используются при лекарственной устойчивости к микробактерии туберкулеза. «Один годовой курс больного стоит около 600 тыс. руб.», – отметила министр. В 2012 г. в России выявлено более 240 тыс. больных туберкулезом. 33,7 тыс. из них – с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя туберкулеза. Статистические данные 2013 г.: 226 тыс. и 34,8 тыс. больных соответственно.

В соответствии с указом Президента РФ от 07.05.2013 № 598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» смертность от туберкулеза в России к 2018 г. планируется снизить до уровня, не превышающего 11,8 случая на 100 тыс. населения. В 2012 г. данный показатель составил 12,4 случая на 100 тыс. населения.

По материалам medportal.ru

В Совете Федерации предлагают создать организацию по оценке медицинских технологий

В Совете Федерации предлагают Правительству РФ рассмотреть вопрос о создании специально уполномоченной организации, ответственной за оценку медицинских технологий. Правительству предлагается включить в проект программы повышения эффективности управления расходами на здравоохранение на период до 2018 г. пункт о системе оценки медицинских технологий и проработать вопрос о внесении изменений в нормативно-правовые акты в части обязательного проведения предварительной экспертизы при формировании перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, порядков и стандартов оказания медпомощи. Сейчас в стране широко используются дорогостоящие лекарственные препараты с недостаточной эффективностью, большим количеством побочных эффектов при незначительных преимуществах по сравнению с аналогами. Подобные препараты включаются в стандарты лечения и лекарственные перечни, расходы на которые несет государственная и муниципальная системы здравоохранения. Эксперты отмечают, что в современной практике отсутствуют единые требования к экспертизе, формированию стандартов оказания медицинской помощи и лекарственных перечней. Проведение научной экспертизы предложений о включении лекарств в ограничительные перечни осуществляется главными внештатными специалистами Минздрава и привлеченными экспертами.

По материалам www.ria.ru

В Подмосковье вводится единая диспетчерская служба скорой медпомощи

К 1 января 2014 г. в Московской области планируется внедрить единую автоматизированную систему управления, приема и обработки вызовов скорой медицинской помощи. Планируется, что такая служба будет способствовать повышению оперативности работы скорой. «Экстренную медицинскую помощь населению Московской области оказывают 26 самостоятельных и 45 входящих станций и отделений скорой медицинской помощи, в которых работают 1078 врачей и 3637 средних медработников», – говорится в сообщении ведомства. Оказанием скорой медицинской помощи в области занимаются 663 круглосуточные бригады. Из них 258 – это врачебные бригады, 301 – фельдшерская, а 104 – специализированные (в их число входит 30 бригад интенсивной терапии). Экстренная помощь будет оказываться в случаях, когда возникает непосредственная угроза жизни больного или пострадавшего. Бригада неотложной медицинской помощи будет выезжать в тех случаях, когда непосредственная угроза жизни отсутствует. На наиболее простые вызовы для неотложной помощи будут выезжать так называемые облегченные бригады, состоящие из двух человек: два фельдшера или фельдшер и санитар-водитель. Обычные линейные бригады будут включать врача, фельдшера, санитаря и водителя. А в состав специализированных бригад должны будут в обязательном порядке включаться профильные специалисты.

По материалам ИА Regnum

Трансплантологи просят ограничить практику бесконтрольного назначения дженериков

Трансплантологи и представители пациентских организаций выступили с инициативой ограничить практику бесконтрольного назначения дженериков больным, перенесшим трансплантацию органов.

Руководитель отделения трансплантации почки Российского научного центра хирургии Петровского РАМН М.М. Каабак отметил, что после операции по трансплантации почки до 90% больных полностью реабилитируются. Однако пациентам с пересаженными органами требуется пожизненная иммуносупрессивная терапия. При этом врачу и пациенту крайне важно выписывать и получать безопасное лекарственное средство, в эффективности которого уверены оба. Сегодня, когда закупки ЛС осуществляются не по торговому наименованию, а по действующему веществу, добиться эффективности и безопасности дженериковых препаратов крайне непросто. В результате трансплантированные пациенты получают не то лекарство, которое им прописал врач. «Сегодня у нас обращается порядка 10 дженериков, из них только один производится в Европе, остальные производятся в Индии и не продаются нигде в цивилизованном мире», – отметил он.

Представители пациентских организаций обратились к Президенту РФ В.В. Путину с просьбой ускорить одобрение постановления Правительства РФ «О порядке утверждения перечня лекарственных средств, размещение заказа на поставку которых для нужд заказчика осуществляется в соответствии с их торговыми наименованиями» и включить в данный перечень препараты иммуносупрессивной терапии.

По материалам www.remedium.ru

Число частных клиник, обслуживающих по полису ОМС, возросло в два раза

Количество частных медицинских организаций, которые оказывают помощь населению бесплатно по полису обязательного медицинского страхования (ОМС), за последних четыре года возросло в два раза, сообщила Министр здравоохранения РФ В.И. Скворцова: «Мы в два раза увеличили количество частных учреждений, работающих в системе ОМС и программе государственных гарантий. На будущий год зарегистрировалось еще большее количество. Уже 17,5% от всех медицинских организаций, оказывающих бесплатную помощь, – это частные организации».

Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Н.Н. Стадченко сообщила, что в 2010 г. в системе ОМС работало 618 частных медицинских организаций, на 2014 г. зарегистрировалось уже 1,655 тысячи. Эти учреждения оказывают амбулаторную, диагностическую помощь.

По мнению Н.Н. Стадченко, участие частных организаций в системе ОМС способствует приближению оказания медпомощи к местам проживания людей и повышению качества помощи в целом.

По материалам РИА «Новости»

Минздрав России будет привлекать для экспертизы нормативных актов Национальную медицинскую палату

Положение о взаимодействии по вопросам совершенствования законодательства в области здравоохранения было представлено на очередном заседании Координационного совета Министерства здравоохранения РФ и Национальной медицинской палаты.

«Мы выстраиваем сегодня государственно-общественную форму управления профессиональной деятельностью. За последнее время Минздравом было издано несколько приказов, которые вызвали вопросы со стороны врачебного сообщества. Мы сейчас оказываемся в таком положении, когда должны критиковать Минздрав за те приказы, которые уже были изданы. Мы не хотим идти по этому пути, а хотим отвечать вместе с Минздравом за качество работы, и готовы давать экспертные заключения на те приказы, которые только планируются к принятию», – сказал сопредседатель Координационного совета, президент Национальной медицинской палаты Л.М. Рошаль.

Заместитель Министра здравоохранения РФ И.Н. Каргаманян подчеркнул необходимость такого взаимодействия. В ближайшее время на повестке дня обсуждение сразу нескольких нормативных актов: «О порядке оказания скорой медицинской помощи», «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения», «О формировании независимой системы оценки качества работы государственных (муниципальных) учреждений, оказывающих услуги в сфере здравоохранения» и ряд других.

По материалам www.nacmedpalata.ru

К 2020 г. симуляционные учебные центры появятся во всех медицинских вузах РФ

К 2020 г. современные симуляционные учебные центры для отработки практических навыков студентов появятся во всех медицинских вузах РФ, сообщила Министр здравоохранения РФ В. И. Скворцова.

В настоящее время такие центры имеются только в 25 из 46 медицинских вузов, отставание в оснащенности существует и на медицинских факультетах классических университетов. Активное развитие симуляционных технологий в медицинском образовании планируется в рамках подпрограммы государственной программы развития здравоохранения до 2020 г., одной из задач которой является создание новой инфраструктуры для практической подготовки медицинских и фармацевтических специалистов. Даже в условиях бюджетного дефицита расходы на развитие медицинского образования не будут урезаться: «Притом что федеральное финансирование здравоохранения на 2014 г. действительно сокращено, в целом бюджет здравоохранения на следующий год увеличивается на 200 млрд руб. Это увеличение распространяется как на оказание медицинской помощи, так и на другие направления, такие как развитие медицинского образования и медицинской науки, причем те средства, которые выделены на медицинскую науку, существенно превышают ресурсы двух-трехгодичной давности», – отметила глава ведомства.

По материалам www.pharmvestnik.ru

**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН ОТ 30.09.2013 № 256-ФЗ
ОБ ИСПОЛНЕНИИ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЗА 2012 ГОД**

Суть документа ➤ Бюджет ФФОМС за 2012 год исполнен с профицитом в сумме 34 384,4 млн рублей.
Доходы бюджета ФФОМС за 2012 год составили 966 542,2 млн рублей, из них 51 810,0 млн рублей – за счет межбюджетных трансфертов, полученных из федерального бюджета.
Расходная часть бюджета составила 932 157,8 млн рублей.
Основные статьи расходов: финансирование программ модернизации здравоохранения; финансовое обеспечение реализации программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи; расходы на диспансеризацию работающих граждан, детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

**ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ ОТ 09.10.2013 № 897
О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЯ В ПРИЛОЖЕНИЕ К ПОСТАНОВЛЕНИЮ
ПРАВИТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 22.06.2009 № 508**

Суть документа ➤ Перечень психотропных веществ, производство, хранение и ввоз которых осуществляется в пределах ежегодно устанавливаемых государственных квот изложен в новой редакции.
В перечень включены Аллпрозолам, Барбитал, Диазепам, Золпидем, Клобазам, 4–гидроксibuтират натрия и другие соли оксимасляной кислоты, Клоназепам, Лоразепам, Медазепам, Мидазолам, Нитразепам, Оксазепам, Тианептин, Фенобарбитал, Флунитразепам, Хлордиазепоксид, Циклобарбитал.

**ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ ОТ 11.10.2013 № 906
О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ СУБСИДИЙ БЮДЖЕТАМ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И ФЕДЕРАЛЬНЫМ ГОСУДАРСТВЕННЫМ БЮДЖЕТНЫМ УЧРЕЖДЕНИЯМ НА РЕАЛИЗАЦИЮ МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

Суть документа ➤ Установлен порядок предоставления федеральных субсидий федеральным государственным бюджетным учреждениям, находящимся в ведении Минздрава России, на финансовое обеспечение реализации мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями.
Субсидия предоставляется учреждению для оснащения медицинскими изделиями в целях оказания специализированной медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями.
Условиями предоставления субсидии являются:
– доля коечного фонда радиологического и онкологического профилей составляет не менее трех четвертых общего коечного фонда всего учреждения;

- доля пациентов, которым оказана специализированная медицинская помощь по профилю «онкология» в истекшем году, составляет не менее трех четвертых общего количества пациентов, которым оказана специализированная медицинская помощь в учреждении;
 - наличие подготовленных помещений для установки медицинских изделий, приобретаемых за счет субсидии.
- Размер субсидии определяется, в частности, исходя из числа больных, которым оказана специализированная медицинская помощь по профилю «онкология», и количества коек онкологического профиля.

**ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ ОТ 15.10.2013 № 925
О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ПРАВИЛА ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ
В 2011–2013 ГГ. РЕГИОНАЛЬНЫХ ПРОГРАММ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕ-
НИЯ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ, ПРЕДОСТАВЛЯЕ-
МЫХ ИЗ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ**

Суть документа » В рамках региональных программ модернизации здравоохранения субъектов РФ предусматривается финансирование мероприятий по строительству перинатальных центров. Соответствующими положениями дополнены Правила финансового обеспечения в 2011–2013 гг. региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации за счет средств, предоставляемых из бюджета ФФОМС. Для предоставления субсидий из бюджета ФФОМС на реализацию указанных мероприятий необходимо соблюдение субъектом РФ дополнительных условий, в том числе:

- наличие земельного участка для строительства перинатального центра (либо решение о предварительном согласовании места его размещения);
- принятие субъектом РФ обязательства по подготовке инженерных коммуникаций;
- укомплектованность центра медицинскими работниками;
- установление доли софинансирования субъектом РФ расходов по проектированию, строительству и вводу в эксплуатацию центров в пределах 10–80 %.

Одновременно разработана методика распределения субсидий по субъектам РФ на реализацию мероприятий по строительству перинатальных центров в 2013 г.

**ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ ОТ 16.10.2013 № 928
О ФИНАНСОВОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ
НА ОБСЛЕДОВАНИЕ НАСЕЛЕНИЯ С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА, ЛЕЧЕНИЕ
БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ, А ТАКЖЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ**

Суть документа » Определен порядок предоставления и распределения федеральных трансфертов региональным бюджетам на финансовое

обеспечение закупок антибактериальных и противотуберкулезных лекарственных препаратов второго ряда, применяемых при лечении больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя.

Трансферты предоставляются на основании заключенного между Минздравом России и высшим региональным исполнительным органом власти соглашения, в котором предусматриваются:

- условия предоставления иных межбюджетных трансфертов;
- обязательство о представлении отчетов о расходах бюджета субъекта Российской Федерации, источником финансового обеспечения которых являются иные межбюджетные трансферты;
- порядок осуществления контроля за исполнением условий соглашения;
- ответственность сторон за нарушение условий соглашения.

Размер трансфертов определяется, в частности, исходя из количества больных туберкулезом на 1 января текущего года в соответствующем субъекте РФ, а также коэффициента прироста больных туберкулезом в субъекте РФ в сравнении с предшествующим годом.

ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ ОТ 17.10.2013 № 930 О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 27.12.2012 № 1416

Суть документа > Срок действия регистрационных удостоверений на изделия медицинского назначения и медицинскую технику бессрочного действия продлен до 01.01.2017 г.

В соответствии с ранее предусмотренным порядком регистрации таких изделий данный срок заканчивался 01.01.2014 г.

До 01.01.2017 г. регистрационные удостоверения подлежат замене на новые удостоверения по форме, утверждаемой Росздравнадзором.

ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ ОТ 18.10.2013 № 932 О ПРОГРАММЕ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОГО ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА 2014 ГОД И НА ПЛАНОВЫЙ ПЕРИОД 2015 И 2016 ГОДОВ

Суть документа > Утверждена Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов.

Программа устанавливает перечень видов, форм и условий медицинской помощи, оказываемой бесплатно, включает перечень заболеваний и состояний, при которых оказание медицинской помощи осуществляется бесплатно. Также программа определяет категории граждан, которым медицинская помощь осуществляется бесплатно. В программу включены: средние

нормативы объема медицинской помощи, средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, средние подушевые нормативы финансирования, порядок и структуру формирования тарифов на медицинскую помощь и способы ее оплаты. Кроме того, установлены требования к территориальным программам государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части определения порядка, условий предоставления медицинской помощи, критериев доступности и качества медицинской помощи.

РАСПОРЯЖЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ ОТ 24.10.2013 № 1944-Р О РАСПРЕДЕЛЕНИИ МЕЖБЮДЖЕТНЫХ ТРАНСФЕРТОВ НА ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЗАКУПОК АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ И ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

Суть документа > Утверждены объемы федеральных субсидий региональным бюджетам на закупку антибактериальных и противотуберкулезных лекарственных препаратов. Наибольший объем субсидий предусмотрен для Московской – 111 451,9 тыс. руб., Ростовской – 133 613,7 тыс. руб., Свердловской – 154 400,3 тыс. руб., Иркутской – 134 201,7 тыс. руб., Новосибирской – 109 466,8 тыс. руб. и Кемеровской областей – 112 185,7 тыс. руб., а также для Красноярского края – 100 902,8 тыс. руб.

ПРИКАЗ МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 21.06.2013 № 396Н О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ПРАВИЛА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ, УТВЕРЖДЕННЫЕ ПРИКАЗОМ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРА- НЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 28.02.2011 № 158Н

Суть документа > Уточнены процедуры осуществления обязательного медицинского страхования граждан, а также права и обязанности страховых медицинских организаций. Для выбора или замены страховой медицинской организации застрахованное лицо будет вправе обратиться с соответствующим заявлением не только в выбранную им страховую медицинскую организацию, как это установлено в настоящее время, но и в иные организации, уполномоченные для этого субъектом РФ. В то же время единый портал государственных услуг исключен из числа информационных ресурсов, посредством которых может подаваться упомянутое заявление и через которые федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования информируют застрахованных лиц об изготовленных полисах обязательного медицинского страхования. Установлено также, что в субъектах РФ, где осуществляется использование универсальной электронной карты, полис может обеспечиваться не только федеральным электронным приложе-

нием в карте, как это установлено в настоящее время, но и может быть представлен в форме бумажного бланка или в форме пластиковой карты с электронным носителем.

Переоформление полиса в случае изменения места жительства застрахованного больше требоваться не будет.

В акте сверки расчетов, составляемом территориальным фондом обязательного медицинского страхования и страховой медицинской организацией, также должны отражаться средства в размере 10% экономии, полученные в соответствии с условиями договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования. Также в акте сверки расчетов должны отражаться средства для выплаты вознаграждения медицинской организации за выполнение целевых значений доступности и качества медицинской помощи. Значительно уменьшен размер штрафа, который медицинские организации уплачивают в бюджет территориального фонда обязательного медицинского страхования за использование не по целевому назначению средств, перечисленных им по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. Штраф будет составлять 10% от суммы нецелевого использования средств, а не полную сумму, определенную как нецелевое использование средств ОМС.

Уточнены состав и полномочия комиссий по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования. В эти комиссии должны включаться также и представители медицинских профессиональных некоммерческих организаций или их ассоциаций либо союзов (помимо представителей профсоюзов медицинских работников). При рассмотрении комиссией тарифов на оплату медицинской помощи и формировании тарифного соглашения должны указываться размеры санкций, применяемые к медицинским организациям в соответствии с законодательством.

**ПРИКАЗ МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 26.08.2013 № 598
ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОЛОЖЕНИЯ О РЕЗЕРВЕ МЕДИЦИНСКИХ РЕСУРСОВ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ДЛЯ ЛИКВИДАЦИИ МЕДИКО-САНИТАРНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ, ЕГО НОМЕНКЛАТУРЫ И ОБЪЕМА**

Суть документа > Положение устанавливает порядок создания, хранения, использования и восполнения резерва медицинских ресурсов Министерства здравоохранения Российской Федерации для ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций.

Также утверждены номенклатура и объем резерва медицинских ресурсов Министерства здравоохранения Российской Федерации для ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций, которые устанавливаются из расчета

оказания медицинской помощи 30 000 пострадавшим в течение 30 дней и объема лекарственных препаратов, используемых как антидоты, из расчета на 1500 пострадавших (пораженных).

Резерв предназначен для обеспечения выполнения мероприятий, проводимых Всероссийской службой медицины катастроф, по ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций природного, техногенного, социального и эпидемического характера в целях спасения жизни и сохранения здоровья наибольшего числа людей путем оказания им всех видов медицинской помощи своевременно и в полном объеме.

**ПРИКАЗ МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 02.09.2013 № 609Н
О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЯ В ПРИЛОЖЕНИЕ № 3 К ПРИКАЗУ МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ОТ 27.12.2011 № 1687Н «О МЕДИЦИНСКИХ КРИТЕРИЯХ РОЖДЕНИЯ, ФОРМЕ
ДОКУМЕНТА О РОЖДЕНИИ И ПОРЯДКЕ ЕГО ВЫДАЧИ»**

Суть документа > Согласно внесенным изменениям бланк медицинского свидетельства о рождении является защищенной полиграфической продукцией уровня В и должен соответствовать требованиям, указанным в приложении № 3 к приказу Минфина России от 07.02.2003 № 14н «О реализации постановления Правительства Российской Федерации от 11 ноября 2002 г. № 817».

**ПРИКАЗ МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 23.09.2013 № 655
О ГЛАВНЫХ ВНЕШТАТНЫХ СПЕЦИАЛИСТАХ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕ-
НИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В ФЕДЕРАЛЬНЫХ ОКРУГАХ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ**

Суть документа > Утверждены Номенклатура главных внештатных специалистов Министерства здравоохранения Российской Федерации в федеральных округах Российской Федерации и Положение о главном внештатном специалисте Министерства здравоохранения Российской Федерации в федеральных округах Российской Федерации.

Положение регламентирует деятельность главных внештатных специалистов в федеральных округах Российской Федерации, привлекаемых на добровольных началах.

Основными задачами главного внештатного специалиста в федеральных округах являются:

- участие в разработке стратегических направлений развития соответствующего раздела медицины;
- определение тактических решений по реализации стратегии развития соответствующего медицинского направления в федеральном округе;
- внедрение новых медицинских технологий для обеспечения современного уровня оказания медицинской помощи и сани-

тарно-эпидемиологического благополучия населения в федеральном округе.

**ПРИКАЗ ФМБА РОССИИ ОТ 05.08.2013 № 200
ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ФОРМЫ ОТЧЕТА И СРОКОВ ЕГО ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ О ПРОИЗВЕДЕННЫХ РАСХОДАХ БЮДЖЕТОВ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, СВЯЗАННЫХ С ОСУЩЕСТВЛЕНИЕМ ЕЖЕГОДНОЙ ДЕНЕЖНОЙ ВЫПЛАТЫ ЛИЦАМ, НАГРАЖДЕННЫМ НАГРУДНЫМ ЗНАКОМ ПОЧЕТНЫЙ ДОНОР РОССИИ (ПОЧЕТНЫЙ ДОНОР СССР)**

Суть документа > Утверждена форма отчета о произведенных расходах бюджетов субъектов Российской Федерации, связанных с осуществлением ежегодной денежной выплаты лицам, награжденным нагрудным знаком Почетный донор России (Почетный донор СССР). Отчет представляется уполномоченными органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в Министерство финансов Российской Федерации, а с 1 января 2014 г. – в Федеральное медико-биологическое агентство отчетов о произведенных расходах, связанных с осуществлением ежегодной денежной выплаты.

**ПРИКАЗ МИНТРУДА РОССИИ ОТ 03.07.2013 № 291Н
ОБ УТВЕРЖДЕНИИ НОРМАТИВОВ ОСНАЩЕНИЯ УЧРЕЖДЕНИЙ ГЛАВНЫХ БЮРО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО СУБЪЕКТАМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ СПЕЦИАЛЬНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ОБОРУДОВАНИЕМ**

Суть документа > Утверждены нормативы оснащения учреждений главных бюро медико-социальной экспертизы по субъектам Российской Федерации специальным диагностическим оборудованием, вступающие в силу с 1 января 2014 года.

**ПРИКАЗ МИНЭКОНОМРАЗВИТИЯ РОССИИ ОТ 02.10.2013 № 567
ОБ УТВЕРЖДЕНИИ МЕТОДИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДОВ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НАЧАЛЬНОЙ (МАКСИМАЛЬНОЙ) ЦЕНЫ КОНТРАКТА, ЦЕНЫ КОНТРАКТА, ЗАКЛЮЧАЕМОГО С ЕДИНСТВЕННЫМ ПОСТАВЩИКОМ (ПОДРЯДЧИКОМ, ИСПОЛНИТЕЛЕМ)**

Суть документа > Методические рекомендации утверждены в соответствии с ч. 20 ст. 22 Федерального закона от 05.04.2013 № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд». Приказ вступает в силу с 01.01.2014 г. и является нормативным документом, регулирующим деятельность организаций, участвующих в контрактной системе.

**ПРИКАЗ МИНОБРНАУКИ РОССИИ ОТ 20.09.2013 № 1082
ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОЛОЖЕНИЯ О ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОМИССИИ**

Суть документа > Обновлено Положение о психолого-медико-педагогической комиссии.

В новом Положении определено, в частности, что комиссия вправе:

- запрашивать у органов исполнительной власти, правоохранительных органов, организаций и граждан сведения, необходимые для осуществления своей деятельности;
- осуществлять мониторинг учета рекомендаций комиссии по созданию необходимых условий для обучения и воспитания детей в образовательных организациях;
- вносить в региональные и местные органы власти в области образования предложения по вопросам совершенствования деятельности комиссий.

Признан утратившим силу приказ Минобрнауки России от 24.03.2009 № 95, которым было утверждено ранее действовавшее Положение о психолого-медико-педагогической комиссии.

ПИСЬМО ФНС РОССИИ ОТ 18.10.2013 № ЕД-4-3/18727 О ПРИМЕНЕНИИ ПОЛОЖЕНИЙ СТАТЬИ 284.1 НАЛОГОВОГО КОДЕКСА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Суть документа > Медицинские организации вправе пересчитать налог на прибыль организаций за 2011 год по налоговой ставке 0% при соблюдении всех установленных условий. О намерении использовать льготный режим налогообложения организация должна была уведомить налоговый орган до 31.12.2011 года. Применение налоговой ставки 0% правомерно при соблюдении условий: о доле доходов организации от осуществления медицинской деятельности в общей сумме доходов; о штатной численности работников; о численности медперсонала, имеющего сертификат специалиста (п. 6 ст. 284.1 НК РФ). Сообщается, что организации могут воспользоваться данной льготой за 2011 год при условии направления в налоговый орган сведений, подтверждающих соблюдение требований, установленных п. 6 ст. 284.1 НК РФ, не позднее даты представления уточненной налоговой декларации.

ПИСЬМО МИНФИНА РОССИИ ОТ 24.09.2013 № 02-05-11/39643 О ПОРЯДКЕ ПРИМЕНЕНИЯ КЛАССИФИКАЦИИ ОПЕРАЦИЙ СЕКТОРА ГОСУДАРСТВЕННОГО УПРАВЛЕНИЯ

Суть документа > Минфин России в связи поступающими запросами о применении раздела V «Указаний о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов», утвержденных приказом Минфина России от 21.12.2012 № 171н, дал соответствующие разъяснения. Для отражения поступлений доходов медицинских учреждений за оказанную медицинскую помощь застрахованным гражданам в системе обязательного медицинского страхования, подлежащую оплате за счет средств обязательного меди-

цинского страхования, Министерство финансов Российской Федерации сообщает следующее.

В соответствии с положениями раздела V Указаний в 2013 году доходы государственных (муниципальных) автономных и бюджетных учреждений здравоохранения от оказания медицинских услуг, предоставляемых застрахованным лицам в системе обязательного медицинского страхования, подлежат отражению при условии:

- финансового обеспечения оказания медицинской помощи, подлежащей оплате за счет средств обязательного медицинского страхования, произведенного исходя из полного покрытия затрат на оказание учреждением медицинских услуг (полный тариф) – по ст. 130 «Доходы от оказания платных услуг (работ)» классификации операций сектора государственного управления (далее – КОСГУ);
- финансового обеспечения оказания медицинской помощи, подлежащей оплате за счет средств обязательного медицинского страхования, произведенного исходя из частичного покрытия затрат учреждения на оказание медицинских услуг – по статье 180 «Прочие доходы» КОСГУ.

Следует отметить, что в соответствии с положениями раздела V «Классификация операций сектора государственного управления» Указаний о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации, утвержденных приказом Минфина России от 01.07.2013 № 65н и применяемых при составлении и исполнении бюджетов бюджетной системы Российской Федерации, доходы от оказания медицинских услуг, предоставляемых застрахованным лицам в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, подлежат отражению по статье 130 КОСГУ.

Отражение в рамках статьи 180 КОСГУ поступлений в рамках программы обязательного медицинского страхования Указаниями № 65н не предусмотрено.

**ПИСЬМО МИНЭКОНОМРАЗВИТИЯ РОССИИ ОТ 23.09.2013 № Д28И-1070
О РАЗЪЯСНЕНИИ ПОЛОЖЕНИЙ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА ОТ 05.04.2013
№ 44-ФЗ «О КОНТРАКТНОЙ СИСТЕМЕ В СФЕРЕ ЗАКУПОК ТОВАРОВ, РАБОТ,
УСЛУГ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННЫХ И МУНИЦИПАЛЬНЫХ НУЖД»**

Суть документа ➤ Департамент развития контрактной системы Минэкономразвития России рассмотрел обращение по вопросу о квалификационных требованиях к членам комиссии по осуществлению закупок и дал соответствующие разъяснения. Профессионализм заказчика определен ст. 9 Федерального закона от 05.04.2013 № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд», как один из принципов контрактной системы. В соответствии с этим контрактная система в сфере за-

купок предусматривает осуществление деятельности заказчика, специализированной организации и контрольного органа в сфере закупок на профессиональной основе с привлечением квалифицированных специалистов, обладающих теоретическими знаниями и навыками в сфере закупок.

В соответствии с ч. 6 ст. 38 Федерального закона № 44-ФЗ работники контрактной службы, контрактный управляющий должны иметь высшее образование или дополнительное профессиональное образование в сфере закупок.

Согласно ч. 5 ст. 39 Федерального закона заказчик включает в состав комиссии по осуществлению закупок преимущественно лиц, прошедших профессиональную переподготовку или повышение квалификации в сфере закупок, а также лиц, обладающих специальными знаниями, относящимися к объекту закупки. По мнению Минэкономразвития России, действие ст. 9 «Принцип профессионализма заказчика» и ч. 23 ст. 112 Закона распространяется на всех государственных и муниципальных служащих, в чьих должностных регламентах есть обязанности в сфере закупок в части прохождения ими профессиональной подготовки или повышения квалификации по программам дополнительного профессионального образования в сфере закупок до 1 января 2016 г.

Минэкономразвития России также обращает внимание на то, что являясь федеральным органом исполнительной власти, действующим в соответствии с Положением о Министерстве экономического развития Российской Федерации, утвержденным постановлением Правительства РФ от 05.06.2008 № 437, вместе с тем, не наделен полномочиями по официальному разъяснению и толкованию законодательства Российской Федерации.

Читайте в журнале
«Правовые вопросы в здравоохранении»

- Проверка медицинских учреждений надзорными органами
- Организация профилактических и периодических медицинских осмотров в учреждениях здравоохранения
- Реформирование системы государственных закупок
- Законодательные меры по обеспечению надлежащего качества и безопасности медицинской помощи



Реклама



Оформите подписку
по тел.: 8 (495) 937-9082 или на сайте www.proflit.ru

Особенности учета затрат медицинской организацией в условиях одноканального финансирования

Ключевые слова ресурсы здравоохранения, планирование финансово-хозяйственной деятельности

М.В. Пировов,
д-р экон. наук,
проф. кафедры
экономики и органи-
зации в социаль-
ной сфере РАНХиГС
при Президенте РФ



Написать автору
WWW.ZDRAV.RU

В ПОСЛЕДНИЕ ГОДЫ УСЛОВИЯ РАБОТЫ РОССИЙСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ПОСТОЯННО МЕНЯЮТСЯ, ЧТО СВЯЗАНО СО ЗНАЧИТЕЛЬНЫМ ОБНОВЛЕНИЕМ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ЭТО КАСАЕТСЯ ФИНАНСОВО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ ИХ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, В ТОМ ЧИСЛЕ ИЗМЕНЕНИЯ ОТНОШЕНИЙ МЕЖДУ ГОСУДАРСТВОМ (КАК ЗАКАЗЧИКОМ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ ПО ПРОГРАММЕ ГОСГАРАНТИЙ) И МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ (КАК ИХ ИСПОЛНИТЕЛЯМИ).

В ЭТОЙ СВЯЗИ ОРГАНИЗАЦИЯ ЭКОНОМИЧЕСКОГО И УПРАВЛЕНЧЕСКОГО УЧЕТА В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ, РЕАЛИЗУЮЩИХ ПРОГРАММУ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ В УСЛОВИЯХ ОДНОКАНАЛЬНОГО ФИНАНСИРОВАНИЯ, СТАНОВИТСЯ ОСОБЕННО АКТУАЛЬНОЙ.

За последние три года принципиально изменилось воздействие на медицинские организации организационно-экономических механизмов управления. Нормативная база, регламентирующая организационную и хозяйственную сторону национального здравоохранения, характеризуется следующими новациями:

- целевые источники финансирования регламентируют виды и объемы оказываемой населению медицинской помощи в рамках государственного заказа на оказание медицинской помощи;
- подвергается регламентации процесс расчета себестоимости единицы медицинской услуги;
- расходование финансовых средств ведется по целевому назначению в соответствии с кодами экономической классификации расходов бюджета и строго в рамках лимита бюджетных обязательств;
- сметное планирование расходов в деятельности организаций, осуществляемое отдельно по источникам финансирования, заменяется бюджетированием, ориентированным на результат при переходе на одноканальное финансирование;
- применяются новые подходы к учету и планированию медицинских и экономических показателей работы.

ОДНОКАНАЛЬНОСТЬ ФИНАНСИРОВАНИЯ – ЭТО, ПРЕЖДЕ ВСЕГО, СБАЛАНСИРОВАННОСТЬ ГОСГАРАНТИЙ, ПРОЗРАЧНОСТЬ И УСТОЙЧИВОСТЬ СИСТЕМЫ ОМС, СТАБИЛЬНОСТЬ И СВОЕВРЕМЕННОСТЬ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ, ПРИЧЕМ В ПОЛНОМ ОБЪЕМЕ.

Е.А. Аксенова, исполнительный директор ТФОМС Пензенской области

Важно ➤ Условия, влияющие на показатели деятельности медицинских организаций, необходимо классифицировать на внешние (социально-экономические факторы, природно-географические особенности, финансово-экономические связи и т. д.) и внутренние (условия организации лечебного процесса, внепроизводственные отношения снабженческой и маркетинговой деятельности, социальное развитие коллектива и т. д.) ■

Более подробно эти условия проиллюстрированы на рис. 1.

Среди внутренних условий (влияющих на организацию лечебного процесса) при проведении анализа и планировании деятельности особенно выделяют:

- уровень технологической оснащенности для ведения медицинской деятельности;
- квалификацию, практические навыки медицинских специалистов, освоенные медицинские технологии;

- систему мотивации труда работников;
- финансовое обеспечение деятельности.

Важно ➤ Для анализа рационального использования ресурсов в деятельности медицинских организаций выделяют прямые и косвенные расходы. В каждой из этих групп расходов могут рассматриваться средние и предельные значения, а также общие и удельные (приведенные к единице объема) расходы. ■

Принципы составления плана хозяйственной деятельности, используемые в здравоохранении, ориентированы на выполнение заданного размера расходов по их целевому назначению (в соответствии с кодами экономической классификации) по следующим основным направлениям:

- оплата труда и начисления на оплату труда (страховые взносы во внебюджетные фонды);
- медикаменты, перевязочные средства и прочие лечебные расходы; мягкий

Оценка рисков



ПЛАН ФИНАНСОВО-ХОЗЯЙСТВЕННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ СОСТАВЛЯЕТСЯ С УЧЕТОМ ЦЕЛЕВОГО НАЗНАЧЕНИЯ РАСХОДОВ НА ОМС, КОТОРЫЕ ЖЕСТКО НОРМИРУЮТСЯ И КОНТРОЛИРУЮТСЯ



РАВЕНСТВО ТРУДОЗАТРАТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДВУХ ПАЦИЕНТОВ НЕ ВСЕГДА ОПРЕДЕЛЯЕТ ЭКВИВАЛЕНТНОСТЬ ФИНАНСОВЫХ ЗАТРАТ



ДЛЯ РАЗРАБОТКИ ПЛАНА ФИНАНСОВО-ХОЗЯЙСТВЕННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ НЕОБХОДИМО УСТАНОВИТЬ ЗАВИСИМОСТЬ ФИНАНСОВЫХ ЗАТРАТ ОТ КЛИНИЧЕСКИХ РЕЗУЛЬТАТОВ РАБОТЫ

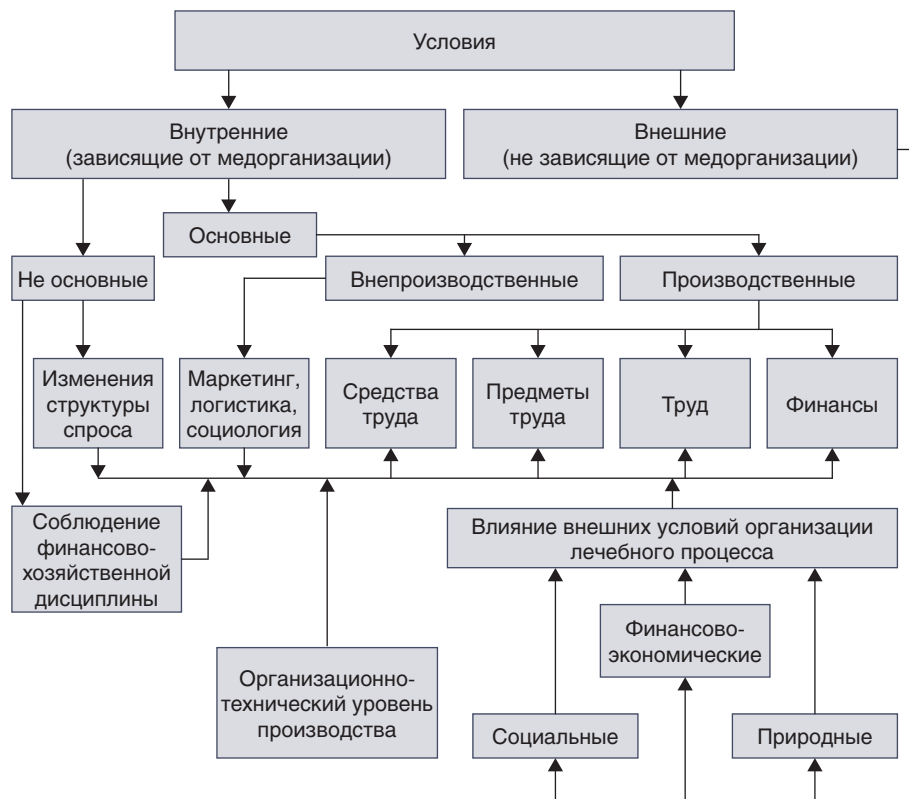


Рис. 1. Условия организации лечебного процесса в медицинских организациях

инвентарь; продукты питания; прочие расходные материалы и предметы снабжения;

- транспортные услуги, оплата услуг связи, оплата коммунальных услуг, приобретение оборудования, капитальный и текущий ремонт объектов непроизводственного назначения.

Прямые расходы объединяют статьи затрат:

- на заработную плату основному медицинскому персоналу (с начислениями);
- на медикаменты и перевязочные средства;
- на питание;
- на мягкий инвентарь;

- на износ медицинского оборудования.

Косвенные расходы, называемые иначе накладными, направлены на возмещение общеорганизационных затрат (оплату труда административно-управленческого и вспомогательного персонала, коммунальных платежей и прочих текущих расходов, по ремонту зданий, сооружений, оборудования и т. п.).

Важно ➤ Размер суммарных фактических расходов при оказании медицинской помощи, а также соотношения различных статей прямых и косвенных расходов являются элементом анализа эффективности полученных и расходующихся финансовых средств ■

Часть расходов медицинских организаций жестко нормируется при включении в план хозяйственной деятельности, что требует постановки контроля над их расходованием в практике современного финансового менеджмента в здравоохранении. Так, прямые расходы включаются в план хозяйственной деятельности и используются при калькулировании медицинских услуг в соответствии с нормами расхода, лимитами.

Для оценки экономической эффективности деятельности и анализа связи расходов с результативностью работы медицинских организаций выделяют условно-постоянные и условно-переменные расходы. Первые не зависят от изменения объемов деятельности, но их доля в единице объема деятельности падает при росте объема; вторые, как правило, изменяются прямо пропорционально объемам деятельности (но в расчете на единицу объема остаются неизменными с его ростом).

Для деления расходов учреждения на условно-постоянные и условно-переменные можно воспользоваться следующим алгоритмом:

- определить максимальные и минимальные расходы по месяцам года;
- определить максимальные и минимальные доходы по месяцам года;
- найти разность по доходам и расходам (между максимальным и минимальным значениями);
- найти отношение разности по расходам и разности по доходам, которое в долях единицы покажет долю условно-переменных расходов в общих расходах организации.

Для действенного контроля деловой активности медицинских организаций наряду с данным делением расходов важно планировать объемы реализации услуг в соответствии со стратегией развития.

Объемные показатели деятельности медицинской организации планируются в рамках реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования (ОМС) и бюджета, а также исходя из соблюдения нормальной продолжительности труда и отдыха медицинского персонала с учетом ограничений по мощности (площади) организации.

Важно ➤ В последние годы анализ эффективности использования ресурсов отрасли все больше связывается с персонализацией расходов, их приведением к конкретной нозологии, пролеченному пациенту и т. д. ■

В практику планирования деятельности в здравоохранении вводятся стоимостные оценки единицы объемов медицинской помощи, подушевые нормативы финансовых затрат и т. п.

Персонализация расходов и их приведение к конкретной нозологической группе могут рассматриваться в качестве важных элементов совершенствования системы финансово-экономических показателей деятельности медицинских организаций (особенно стационарных). Кроме того, при данном подходе к анализу и оценке финансовых ресурсов достигается логическая связь объемных и финансовых показателей деятельности, что в условиях государственного заказа и перехода к одноканальному финансированию представляется особо актуальным способом обоснования расходов.

Предметом деятельности медицинских организаций, оказывающих непосредственное влияние на уровень индивидуального здоровья, является оказание лечебных, профилактических и диагностических услуг.

Все услуги, оказываемые в системе национального здравоохранения, должны включаться в справочник или номенклату-

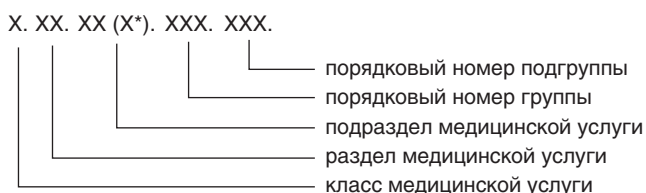


Рис. 2. Кодирование медицинской услуги согласно приказу Минздравсоцразвития России от 27.12.2011 № 1664н

ру медицинских услуг. Очевидно, что данный справочник представляет собой изменяющийся документ, поскольку развитие медицинской науки и практики предлагает появление новых услуг.

В отечественной практике медицинского нормирования было несколько попыток формализовать все многообразие медицинских услуг и сформировать соответствующие справочники. В настоящее время действует Справочник медицинских услуг¹, в котором приведен алгоритм их кодирования (рис. 2).

При этом к классу А отнесены медицинские услуги, представляющие собой определенные виды медицинских вмешательств, направленные на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющие самостоятельное законченное значение. К классу В – медицинские услуги, представляющие собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, а также медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.

Второй и третий знаки в коде – раздел (тип) медицинской услуги, четвертый и пятый (шестой*) знаки – подраздел (анатомо-функциональная область или перечень медицинских специальностей), последующие знаки – порядковый номер (группы, подгруппы).

Номенклатура медицинских услуг является основой национальной системы стандартизации в здравоохранении, содержит 6,5 тыс. простых и сложных услуг. В то же время она имеет существенные недостатки.

Важно ➤ В номенклатуре, утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 27.12.2011 № 1664н, отсутствуют регламент обновления, состав сложных медицинских услуг (как совокупности простых), такие характеристики услуг, как длительность (время трудозатрат врачебного и среднего медперсонала), сложность (определяющая квалификационные требования к специалисту) и время использования оборудования и инструментов (которое может отличаться от длительности трудозатрат медперсонала) ■

Необходимо отметить, что на сегодняшний день отсутствует обязательный статистический учет всех услуг, оказанных в процессе диагностики и лечения, что не позволяет сделать выводы о параметрах так называемого «среднего» лечебно-диагностического процесса при тех или иных заболеваниях и состояниях (несмотря на то, что персонализированный учет медицинских услуг реализуется при ведении первичной медицинской документации). В большинстве экономически развитых стран именно эти данные (после соответствующей математической

¹ Утв. приказом Минздравсоцразвития России от 27.12.2011 № 1664н.

обработки) стали основой организационно-экономического управления медицинскими организациями на основе формирования системы диагностически родственных групп заболеваний (DRG).

Важно ➤ Теоретически деятельность любой медицинской организации можно оценивать и оплачивать по оказанным медицинским услугам, однако специфика отрасли делает такую оценку нецелесообразной ■

Традиционно для нашей страны деятельность различных медицинских организаций оценивается в показателях, отражающих их специфику (например, существенные различия есть при оказании скорой, амбулаторной и стационарной помощи).

Среднегодовые объемные показатели деятельности используются для расчетов удельных финансовых затрат. Для стационара это число пролеченных больных, число койко-дней, средний койко-день пребывания, число дней работы койки в году, среднегодовое число занятых коек и др. Такие показатели, являясь экстенсивными и «низкочувствительными» показателями работы, продолжают применяться для оценки результативности стационарной помощи.

Приведем пример низкой чувствительности перечисленных показателей к фактическим затратам ресурсов здравоохранения и итоговым результатам медицинской деятельности. Число пролеченных больных в стационаре соответствует функции профильной койки с учетом нормирования среднего койко-дня пребывания. Но часть пациентов не нуждается в круглосуточном медицинском наблюдении или может получать необходимую помощь в других профильных отделениях. Определить адекватность ресурсных затрат и оценить полученный клинический результат без

детального изучения историй болезней практически невозможно.

Важно ➤ Использование интенсивных характеристик работы медицинских организаций позволяет точнее определить зависимость финансовых затрат и полученных клинических результатов ■

При оказании стационарной помощи к таким характеристикам можно отнести:

- структуру больных в профильном лечебном отделении в разрезе заболеваний и применяемых методик лечения;
- уровень развития стационарозамещающих технологий;
- процент коек, используемых в зависимости от степени интенсивности лечения (процент стационарных больных к которым применяются сложные медицинские технологии);
- уровень диспансерного учета и лечения и др.

Структура больных в профильном отделении стационара (или дневного стационара) является основной характеристикой, определяющей вариабельность условно-переменных затрат медицинской организации. Перечень и объем медицинских услуг, фактически предоставленных пациенту, определяет характер и величину используемых ресурсов медицинской организации.

Чем больше пациенту оказано медицинских услуг и чем выше их трудоемкость, тем существеннее затраты труда медицинского персонала и тем больше доля фонда оплаты труда, которую необходимо отнести на затраты при лечении данного пациента.

Важно ➤ Критичным для правильного распределения фонда оплаты труда среди специалистов, выполняющих те или иные медицинские услуги, будет показатель сложности медицинских услуг. Если два пациента получили разные наборы

медицинских услуг одинаковой сложности, но суммарное значение трудоемкости разное, то фонд оплаты труда для этих двух случаев прямо пропорционален суммарным трудозатратам ■

Функция отношения трудозатрат и финансовых ресурсов линейна, но если пациенты получают медицинские услуги разной сложности, то функция отношения трудозатрат и финансовых ресурсов будет зависеть от доли сложных медицинских услуг в общем объеме медицинской помощи. То есть равенство трудозатрат при лечении двух пациентов не определяет эквивалентности финансовых затрат в части фонда оплаты труда.

Как уже указывалось, номенклатура медицинских услуг не содержит ни параметров трудоемкости, ни параметров сложности, что не ограничивает возможность медицинской организации или субъекта федерации использовать данные категории для упорядочения отношений в сфере оплаты труда в здравоохранении.

Особенно актуально применение параметров трудоемкости и сложности медицинских услуг для объективизации оценки деятельности врачей и специалистов со средним медицинским образованием при разработке и использовании критериев оценки труда в условиях эффективного контракта.

Что касается нетрудовых условно-периодических затрат, то их величина связана со спецификой лечения более сложными функциональными зависимостями, нежели трудовые ресурсы.

Важно ➤ Критичным для определения затрат по расходным материалам, предметам медицинского назначения, одноразовым инструментам и амортизации многократно используемых медицинских инструментов и медицинского оборудования будут

текущая рыночная стоимость этих компонентов и время использования того или иного медицинского оборудования и инструментов ■

Чем выше стоимость и чем дольше время использования перечисленных компонентов, тем выше затраты на лечение – даже при условии равной суммарной трудоемкости оказываемых медицинских услуг.

Условно-постоянные затраты, как правило, не связаны с числом пациентов и количеством медицинских услуг, которые им предоставляются. Для стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи данный вид затрат целесообразно учитывать для каждого случая лечения пропорционально длительности этого случая, фактической или нормативной. То есть чем длительнее госпитализация, тем больше часть общих условно-постоянных затрат, которые переносятся на конкретный случай лечения как накладные расходы.

Условно-постоянные затраты, в свою очередь, можно разделить на затраты лечебного подразделения (профильного отделения или врачебного кабинета), вспомогательных лечебных отделений, оказывающих медицинские услуги (лаборатория, функциональная диагностика, физиолечение и т. п.) и административно-хозяйственных затрат, общие для медицинской организации.

Таким образом, результатом финансово-хозяйственной деятельности любой медицинской организации, оказывающей лечебную, профилактическую, диагностическую или реабилитационную медицинскую помощь, может служить объем медицинских услуг и (или) число пролеченных пациентов.

Важно ➤ Для большинства медицинских организаций нецелесообразно формирование плана финансово-хозяйствен-

ной деятельности только в медицинских услугах ■

Исключением являются специализированные диагностические центры и медицинские услуги, оказываемые в рамках интеграционного взаимодействия между различными медицинскими организациями. Для всех остальных медицинских организаций пациент является потребителем определенной технологии, которая может быть представлена как средний набор медицинских услуг для конкретного заболевания (группы заболеваний) или состояния.

Для корректного формирования объемных показателей плана финансово-хозяйственной деятельности медицинской организации необходимо определить ту технологическую структуру пациентов, лечение которых обеспечивает максимальную загрузку медицинского оборудования и специалистов.

Единицами планирования выступают законченный случай лечения по заболеванию (или группе заболеваний) и плановое число больных. При этом каждое профильное отделение характеризуется структурой, для которой принято соотношение частот по выбранным единицам планирования определяет оптимальное использование ресурсов здравоохранения.

Отклонение фактической структуры больных от оптимальной в меньшую сторону приводит к неэффективному использованию ресурсов, а в большую – к невозможности полноценного оказания медицинских услуг и, как следствие, к снижению уровня доступности и качества медицинской помощи.

Кроме того, необходимо введение таких финансовых показателей, как соотношение статей расходов в фактической смете, размер поступлений и расходов в расчете на единицу планирования.

ИЗМЕНЕНИЕ ХАРАКТЕРА ФИНАНСИРОВАНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ СТАВИТ ВО ГЛАВУ УГЛА БАЛАНС ЭКОНОМИЧЕСКИХ ИНТЕРЕСОВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ И ПРОИЗВОДИТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ.

При планировании размеров финансового обеспечения медицинской организации в современных условиях следует иметь в виду:

- корреляцию расчетных (сложившихся) показателей деятельности с нормативами, как в части объемов предоставления медицинской помощи, так и по стоимости единицы объема (единицы планирования);
- возможность интенсификации выполнения лечебных, диагностических и реабилитационных услуг;
- возможность оптимизации структуры предоставляемой помощи с учетом региональной интеграции медицинских организаций в условиях крупного города;
- повышение эффективности использования материальных и кадровых ресурсов на базе оптимизации стоимости принятой единицы планирования.

Важно ➤ Совершенствование планирования финансового обеспечения медицинской помощи в современных условиях предполагает особое внимание вопросам оптимизации калькуляции расходов и их приведение к рациональным размерам, а также поиску путей рационализации выполняемых диагностических, лечебных и реабилитационных услуг ■

Комплексное планирование деятельности медицинских организаций, которое заключается в анализе и планировании объемно-финансовых показателей

деятельности с учетом региональных особенностей, позволяет:

- моделировать потоки финансовых средств в зависимости от эффективности расходов на оказание медицинской помощи;
- перераспределять объемы оказания медицинских услуг между различными этапами, медицинскими организациями и их структурными подразделениями;
- изменять характер финансирования и модифицировать взаимоотношения между субъектами здравоохранения, ставя во главы угла баланс экономических интересов потребителей и производителей медицинских услуг.

Пример калькуляции стандарта медицинской помощи при оперативном лечении для кода МКБ-Х С50.0 «Злокачественные новообразования соска и ареолы»*

Код услуги	Наименование услуги	Цена, руб.	Частота предоставления	Кол-во	Сумма, руб.
A04.01.001	Ультразвуковое исследование мягких тканей	678,93	0,1	1	67,89
A04.06.002	Ультразвуковое исследование лимфатических узлов	504,83	0,5	1	252,42
A04.10.002	Эхокардиография	1671,1	0,1	1	167,12
A04.12.002	Ультразвуковая доплерография сосудов (артерий и вен)	1601,5	0,1	1	160,16
A04.12.002.001	Ультразвуковая доплерография сосудов (артерий и вен)	1601,5	0,1	1	160,16
A04.20.002	Ультразвуковое исследование молочных желез	1357,8	0,5	1	678,92
A05.03.001	Магнитно-резонансная томография костной ткани	1527,5	0,1	1	152,76
A05.10.006	Регистрация электрокардиограммы	121,86	0,5	1	60,93
A05.23.009.001	Магнитно-резонансная томография головного мозга	2036,7	0,1	1	203,68
A05.30.005.001	Магнитно-резонансная томография брюшной полости	2036,7	0,1	1	203,68
A06.03.057	Рентгенография пораженной части костного скелета	509,19	0,05	1	25,46
A06.03.062	Компьютерная томография кости	1527,5	0,1	1	152,76
A06.09.005	Компьютерная томография органов грудной полости	382,99	0,3	1	114,9
A06.09.007	Рентгенография легких	339,46	0,05	1	16,97
A06.09.007.002	Рентгенография легких цифровая	339,46	0,1	1,2	40,74
A06.20.004	Маммография	1018,3	0,1	1	101,84
A06.20.004.003	Рентгенография молочной железы с разметкой	1949,7	0,01	1	19,48
A06.23.004	Компьютерная томография головы с контрастированием	2036,7	0,01	1	20,35

* Калькуляция рассчитана с помощью программного комплекса СЕPI v.05 от 15.10.2013. Авторы: д-р экон. наук, профессор М.В. Пирогов, д-р мед. наук, профессор А.Н. Гуров.

Код услуги	Наименование услуги	Цена, руб.	Частота предоставления	Кол-во	Сумма, руб.
A06.30.005.002	Компьютерная томография органов брюшной полости	2036,7	0,03	1	61,08
A06.30.005.004	Спиральная компьютерная томография органов бр. полости	2036,7	0,1	1	203,68
A07.03.001	Сцинтиграфия костей	1061,9	0,05	1	53,1
A08.06.001	Цитологическое исследование препарата тканей	1562,3	0,2	1	312,48
A08.06.003	Гистологическое исследование препарата тканей	1806,1	1	1	1808,1
A08.20.009	Морфологическое исследование препарата тканей	1148,9	0,4	1	459,58
A08.20.015	Цитологическое исследование препарата тканей	1562,3	0,2	1	312,48
A08.22.001	Определение уровня рецепторов стероидных гормонов	1806,1	0,4	1	722,45
A08.30.013.001	Иммуногистохимическое определение белка	1806,1	0,4	1	722,45
A08.30.017	Срочное интраоперационное гистологическое исследование	1806,1	0,2	1	361,23
A08.30.018	Срочное интраоперационное цитологическое исследование	1562,3	0,4	1	624,96
A09.20.010	Цитологическое исследование отделяемого из соска	1649,4	0,05	1	82,47
A10.30.001	Макроскопическое исследование	94,3	1	1	94,3
A11.20.010.002	Биопсия новообразования молочной железы	1018,3	0,35	1	356,43
A11.20.010.003	Пункция новообразования молочной железы прицельная	1357,8	0,3	1	407,36
A11.20.010.004	Биопсия непальпируемых новообразований молочной	1357,8	0,05	1	67,89
A11.20.023	Получение отделяемого из соска молочной железы	174,09	0,05	1	8,7
A12.05.005	Определение основных групп крови (А, В, 0)	396,91	0,1	1	39,69
A12.05.006	Определение резус-принадлежности	440,43	0,1	1	44,04
A12.06.011	Проведение реакции Вассермана (RW)	120,99	0,1	1	12,1
A16.06.004	Лимфаденэктомия медиастинальная	1885,9	0,03	1	56,56
A16.06.004.001	Лимфаденэктомия медиастинальная с использованием видеоэндоскопических технологий	0	0,03	1	0
A16.20.032	Резекция молочной железы	3960,5	0,01	1	39,57
A16.20.032.001	Резекция молочной железы радикальная	1037,2	0,2	1	207,46
A16.20.032.002	Резекция молочной железы радикальная	1131,5	0,1	1	113,16

Код услуги	Наименование услуги	Цена, руб.	Частота предоставления	Кол-во	Сумма, руб.
A16.20.032.003	Резекция молочной железы радикальная	1225,8	0,1	1	122,59
A16.20.032.006	Резекция молочной железы субтотальная	1131,5	0,01	1	11,3
A16.20.032.007	Резекция молочной железы субтотальная	1320,1	0,1	1	132,02
A16.20.043.002	Мастэктомия подкожная	1885,9	0,05	1	94,3
A16.20.043.006	Мастэктомия радикальная по Пэйти	1603	0,05	1	80,15
A16.20.048	Мастэктомия радикальная с реконструкцией TRAM-лоскутом	565,79	0,01	1	5,65
A16.20.049	Мастэктомия радикальная по Маддену	754,39	0,1	1	75,44
A16.20.049.001	Мастэктомия радикальная по Маддену с реконструкцией кожно-мышечным лоскутом и эндопротезированием	1791,6	0,01	1	17,9
A16.20.049.002	Мастэктомия радикальная по Маддену с одномоментной установкой экспандера	1791,6	0,01	1	17,9
A16.20.049.003	Мастэктомия радикальная по Маддену с пластикой подмышечной области композитным мышечным трансплантатом	1603	0,1*	1	160,31
A16.20.050	Отсроченная реконструкция молочной железы TRAM	141,45	0,01	1	1,41
A25.30.018	Назначение комплекса упражнений	126,21	0,5	1	63,1
A26.06.036	Определение антигена к вирусу гепатита В	306,39	0,1	1	30,64
A26.06.041	Определение антител классов М, G (IgM, IgG)	306,39	0,1	1	30,64
A26.06.048	Определение антител классов М, G (IgM, IgG)	306,39	0,1	1	30,64
A26.06.049	Определение антител классов М, G (IgM, IgG)	306,39	0,1	1	30,64
B01.001.001	Прием (осмотр, консультация) врача акушера-гинеколога	100	0,05	1	5
B01.003.001	Осмотр (консультация) врачом-анестезиологом первичная	300	1	1	300
B01.003.002	Осмотр (консультация) врачом-анестезиологом повторная	300	1	1	300
B01.003.004	Анестезиологическое пособие	122,59	1	1	122,59
B01.015.001	Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога	180	0,1	1	18
B01.020.001	Прием (осмотр, консультация) врача по ЛФК	100	0,3	1	30

Код услуги	Наименование услуги	Цена, руб.	Частота предоставления	Кол-во	Сумма, руб.
B01.023.001	Прием (осмотр, консультация) врача-невролога	600	0,05	1	30
B01.047.001	Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта	140	0,2	1	28
B01.058.001	Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога	150	0,05	1	7,5
B03.005.006	Коагулограмма	278,53	0,8	1	222,82
B03.016.002	Общий (клинический) анализ крови	367,32	0,8	1	293,86
B03.016.004	Анализ крови биохимический общетерапевтический	258,52	0,8	1	206,82
B03.016.006	Анализ мочи общий	204,55	0,8	1	163,64
B03.052.001	Комплексное ультразвуковое исследование внутренних органов	1018,3	0,1	1	101,84
Медицинские услуги, оказываемые вне профильного отделения					12 504,27
Лекарственные средства					80 939,91
Предметы медицинского назначения для пациента					0
Питание					3842
Накладные расходы профильного отделения					69 745,86
Накладные расходы медицинского учреждения					8332,35
Хозяйственные расходы					28 278,23
Рентабельность					0
Себестоимость КСГ (руб.)					203 642,6
В том числе					
Заработная плата и страховые взносы					80 152,12
Медикаменты					86 822,28
Питание					3842
Мягкий инвентарь и обмундирование					634,06
Прочие медицинские расходы					2932,67
Медицинский инструмент и оборудование (стоимостью до 100 тыс. руб.)					981,26
Рентабельность					0
Хозяйственные расходы					28 278,23

* Частота предоставления 0,1 указана в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 27.12.2011 № 1664н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг».

В зависимости от количества и частоты применения услуг их цена переносится на себестоимость данной медицинской технологии и составляет 12 504,27 руб.

Кроме суммарной стоимости услуг рассчитываются расходы на питание (из расчета 18 дней госпитализации по стандарту) и стоимость продуктового набора для выбранной стандартной диеты, а также условно-постоянные расходы по онкологическому отделению (69 745,86 руб.) и условно-постоянные накладные расходы по лечебному учреждению (8 332,35 руб.).

Ввиду того, что расчет проводился для условий одноканального финансирования, существенную долю расходов составляют хозяйственные расходы – 28 278,23 руб.

При лечении данного заболевания (С50.0) в соответствии со стандартом медицинской помощи стоимость медикаментозного блока составила 80 939,91 руб. Расчет проводился с использованием предельных цен на лекарственные средства, зарегистрированных Минздравом России.

Расчет медикаментозного блока по ценам производителя

МНН	Ед. измерения	Курсовая доза	Частота применения	Цена, руб.	Стоимость, руб.
Свежезамороженная плазма, полученная методом афереза	мл	2000	1	8,8859	17771,8
Альбумин человека	мл	1000	1	17,54675	17546,75
<...>	<...>	<...>	<...>	<...>	<...>
Фенилэфрин	мг	5	0,03	0,17765	0,03
Итого лекарственных средств					80 939,91

Итоговая стоимость медикаментов, используемых для одной и той же медицинской технологии, может существенно меняться, если брать минимальную цену производителя. Для приведенного примера минимальная цена составляет 66 921,12 руб. (83% от максимальной цены).

Расчитанные цены на медицинские услуги могут служить основой для межбольничных и внутрибольничных расчетов, обеспечивая финансовую ответственность медицинской организации – фондодержателя, так как эти медицинские услуги являются элементами оплачиваемой медицинской технологии, которая является единицей планирования и оплаты медицинской помощи.

Список использованной литературы:

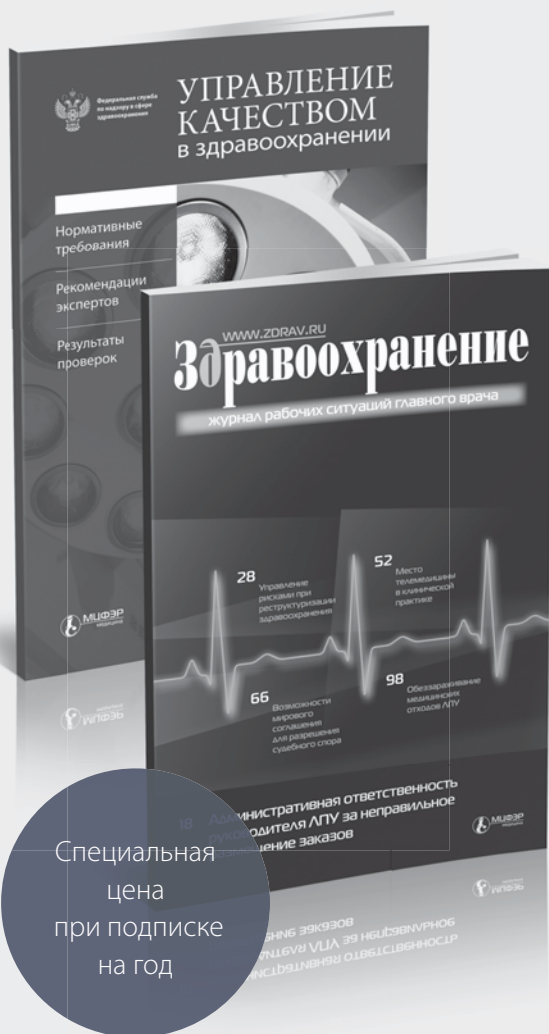
1. Экономические методы управления в здравоохранении / В.В. Уйба, В.М. Чернышев, О.В. Пушкарев, О.В. Стрельченко, А.И. Клевасов. – Новосибирск: ООО «Альфа-Ресурс», 2012. – 314 с.

2. Пирогов М.В., Семенов В.Ю., Гуров А.Н. Медико-экономическая стандартизация в здравоохранении на основе универсальной информационной системы / Монография. – М.О. Издательский дом «Московия», 2009. – 184 с., с ил.

3. Пирогов М.В. «Автоматизация процесса разработки медико-экономических стандартов. Программный комплекс «Клинико-экономический и фармакологический интерфейс» (The clinical economic and pharmacological interface – CEPI v.05) / Монография. – ИД «Панорама», 2009. – 160 с.

4. Пирогов М.В., Артемьева Г.Б. Стандартизация как основа совершенствования организационно-экономических аспектов регионального здравоохранения / Монография. – Рязань, 2012. – 312 с.

Оформите подписку в редакции на выгодных условиях



В центре внимания в 2014 году:

- Структурные преобразования региональной системы здравоохранения
- Мероприятия по повышению эффективности здравоохранения
- Программа государственных гарантий
- Финансовое обеспечение и способы оплаты медицинской помощи
- Деятельность, приносящая доходы
- Кадровое обеспечение отрасли
- Нормирование труда
- Переход на эффективный контракт
- Система непрерывного профессионального развития
- Управление качеством медицинской деятельности
- Порядки и стандарты медицинской помощи
- Информатизация здравоохранения

Внимание!

В 2014 г. журнал «Здравоохранение» будет выходить вместе с журналом «Управление качеством в здравоохранении».

Реклама



Подробнее об условиях подписки по тел.: 8 (495) 937-9082
или на сайте www.proflit.ru

Гибкая ценовая политика медицинских организаций

Ключевые слова

платные медицинские услуги, ценообразование, скидки

Е.В. Кулакова,
эксперт в области
экономики меди-
цинских организа-
ций, шеф-редактор
электронного
медико-научного
СМИ «Портал РАМН»



Написать автору
WWW.ZDRAV.RU

КОНКУРЕНЦИЯ НА РЫНКЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ СТАНОВИТСЯ ВСЕ ЖЕСТЧЕ. ГОСУДАРСТВЕННЫЕ И МУНИЦИПАЛЬНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ КОНКУРИРУЮТ НЕ ТОЛЬКО МЕЖДУ СОБОЙ, НО И С ЧАСТНЫМИ СТРУКТУРАМИ, КОЛИЧЕСТВО КОТОРЫХ НЕУКЛОННО УВЕЛИЧИВАЕТСЯ. ЧТОБЫ НЕ ПОТЕРЯТЬ ПРЕЖНИХ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ И ПОЛУЧИТЬ НОВЫХ, МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ВЫНУЖДЕНЫ ИСПОЛЬЗОВАТЬ РАЗЛИЧНЫЕ МАРКЕТИНГОВЫЕ ПРИЕМЫ, В ЧАСТНОСТИ ПРОВОДИТЬ ГИБКУЮ ЦЕНОВУЮ ПОЛИТИКУ.

НА ПЕРВЫЙ ВЗГЛЯД, ДЛЯ ГОСУДАРСТВЕННЫХ И МУНИЦИПАЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЭТО НЕ ПРЕДСТАВЛЯЕТСЯ ВОЗМОЖНЫМ. ТАК, В ФЕДЕРАЛЬНОМ ЗАКОНЕ ОТ 12.01.1996 № 7-ФЗ «О НЕКОММЕРЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ» ОПРЕДЕЛЕНО, ЧТО ПЛАТНЫЕ УСЛУГИ, ОКАЗЫВАЕМЫЕ БЮДЖЕТНЫМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ ДЛЯ ГРАЖДАН И ЮРИДИЧЕСКИХ ЛИЦ, ПРЕДОСТАВЛЯЮТСЯ НА ОДИНАКОВЫХ УСЛОВИЯХ И ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦЕН УСТАНАВЛИВАЕТСЯ ОРГАНОМ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИМ ФУНКЦИИ И ПОЛНОМОЧИЯ УЧРЕДИТЕЛЯ¹. ОДНАКО ЗАКОН НЕ ЗАПРЕЩАЕТ ПРОВОДИТЬ ГИБКУЮ ЦЕНОВУЮ ПОЛИТИКУ, КАК И ПРИКАЗ МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 29.12.2012 № 1631Н «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЦЕН (ТАРИФОВ) НА МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫЕ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ, ЯВЛЯЮЩИМИСЯ БЮДЖЕТНЫМИ И КАЗЕННЫМИ ГОСУДАРСТВЕННЫМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ...».

Начнем с нормативно-правовых актов, которые позволяют юридически правильно оформить скидки и надбавки к прейскурантным ценам.

Согласно ст. 424 ГК РФ договор оплачивается по цене, установленной соглашением сторон, если иное не определено действующим законодательством (тарифы на коммунальные услуги, цены на услуги в рамках ОМС и т. п.). Таким образом, в Гражданском кодексе РФ сказано о договорных ценах.

В то же время Закон о защите прав потребителей требует, чтобы информация о цене была предоставлена потребителю²,

¹ Пункт 4 ст. 9.2. Федерального закона от 12.01.1996 № 7-ФЗ «О некоммерческих организациях».

² Статья 10 Закона РФ от 07.02.1992 № 2300-1 «О защите прав потребителей».

УЖЕ СЕЙЧАС ПЕРЕД ГЛАВНЫМИ ВРАЧАМИ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ЛПУ СТОЯТ НЕПРОСТЫЕ ЗАДАЧИ: КАКИМ ОБРАЗОМ ОБЕСПЕЧИТЬ СПРОС СО СТОРОНЫ НАСЕЛЕНИЯ НА ПЛАТНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ, КАКИМ ОБРАЗОМ ПРОДВИГАТЬ ПЛАТНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ И ГДЕ, КАКИМ ОБРАЗОМ СТРОИТЬ МАРКЕТИНГОВЫЕ КОММУНИКАЦИИ С ДЕЙСТВИТЕЛЬНЫМИ И ПОТЕНЦИАЛЬНЫМИ ПАЦИЕНТАМИ?

Е.А.Тарасенко, канд. соц. наук, зам. заведующего кафедрой Центра фундаментальных исследований ВШЭ

а согласно Правилам оказания медицинскими организациями платных услуг, потребителю должны быть представлены все необходимые сведения (включая прейскурант платных услуг) на Интернет-сайте и на стенде в организации¹. Подразумевается, что цены должны быть одинаковыми для всех потребителей.

Важно ➤ Отличительной особенностью любой услуги является деятельность, результаты которой не имеют материального выражения, реализуются и потребляются в процессе ее осуществления. То есть одинаковые цены устанавливаются на одинаковые услуги, предоставляемые в одних и тех же условиях. При разных условиях оказания услуг цены могут различаться ■

При определении цен могут учитываться такие условия сделок, как количество оказанных услуг, сроки исполнения обязательств, условия платежей, а также «иные разумные условия, которые могут оказывать влияние на цены»².

Как только мы видим упоминание о количестве оказанных услуг, сразу приходит мысль об оптовых скидках: для работодателей, закупающих простые или комплексные услуги для своих работников; для тех страховых медицинских организаций, из которых в медицинское учреждение обращается большое количество лиц, застрахованных по договорам добровольного медицинского страхования (ДМС); семейные скидки и пр.

Однако порой из-за большого количества обращений лиц, застрахованных по ДМС, медицинская организация вынуж-

¹ Пункт 11 постановления Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

² Пункт 9 ст. 40 НК РФ.

Оценка рисков



НЕОДНОЗНАЧНОЕ ОТНОШЕНИЕ ОРГАНОВ ВЛАСТИ К ПЛАТНЫМ МЕДИЦИНСКИМ УСЛУГАМ В ГОСУДАРСТВЕННЫХ ЛПУ



НЕУРЕГУЛИРОВАННЫЕ ВОПРОСЫ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ СКИДОК СТРАХОВЫМ КОМПАНИЯМ И МЕДИЦИНСКИМ ОРГАНИЗАЦИЯМ



КОНКУРЕНТНЫЕ ОТНОШЕНИЯ МЕЖДУ ГОСУДАРСТВЕННЫМИ ЛПУ И ЧАСТНЫМИ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ

дена переносить прием платных пациентов на более позднее время. В этом случае пациент может не захотеть «за собственные деньги еще и ждать» и уходит в другое учреждение. Поэтому цены для отдельных страховых организаций могут быть не ниже, а выше прейскурантных.

Важно ➤ Делать скидки (или надбавки) заказчикам медицинских услуг (работодателям или страховым компаниям) не обязательно, но можно ■

Как учитывать сроки исполнения обязательств и учитывать ли вообще, каждая медицинская организация определяет сама. В советские времена за срочность оказания услуг населению официально действовала 100% надбавка к цене. В настоящее время надбавка за срочность колеблется в пределах от 0 до 200%. В то же время орган, осуществляющий функции и полномочия учредителя, может каким-либо образом определить, сколько стоит срочность.

Так, Минздрав России для своих подведомственных учреждений определил, что за выполнение платных медицинских услуг в ночное время, а также в выходные и праздничные дни они имеют право «применять к утвержденным ценам (тарифам) на эти услуги повышающий коэффициент, но не более чем за оказание платных медицинских услуг в ночное время (30%) и за оказание платных медицинских услуг в выходные и праздничные дни (50%)». Повышающий коэффициент не применяется при оказании медицинской помощи в неотложной форме, в том числе женщинам в период беременности, родов, в послеродовом периоде, новорожденным и детям¹».

Важно ➤ Если срочность оказания медицинской помощи обусловлена состоянием пациента, то никакой повышающий коэффициент не может применяться по определению, если же это просто его пожелание, то стоимость может быть выше, чем при предоставлении обычной услуги ■

Какие разумные условия могут влиять на цены, каждая медицинская организация определяет самостоятельно. Например, услуга с выездом к заказчику (домой или на работу) стоит дороже, чем в организации, вызов врача на дом в удобное для пациента время также может оплачиваться по повышенной цене. Лечение пациента по его желанию в односторонней или двухместной палате оплачивается дополнительно, консультации врачей стационара после выписки, если это не связано с ухудшением состояния пациента, могут быть платными и т. п. Главное, чтобы условие было действительно разумным.

Также на цены могут влиять условия платежей. В обычаях делового оборота брать 100% предоплату за медицинские услуги. Исключение составляют случаи, когда заранее невозможно просчитать необходимый объем диагностики и лечения, как, например, при зубопротезировании. Если же пациент просит изменить сроки и условия оплаты, то это может стоить ему дороже. На вопрос, можно ли заплатить половину стоимости сразу, а остальное – после получения зарплаты, часто следует ответ: «Можно 50% заплатить сейчас, а оставшиеся... 70% – после зарплаты».

Некоторые медицинские организации предоставляют скидки инвалидам, ветеранам войны и иным категориям граждан. В этом случае налоговые органы могут сказать: «Все льготы ветеранам, инвалидам, пенсионерам и прочим категориям граждан определены соответствующим федеральным законодательством, а поскольку в нем нет ни слова об оказа-

¹ Пункт 4 приказа Минздрава России от 29.12.2012 № 1631н «Об утверждении порядка определения цен (тарифов) на медицинские услуги, предоставляемые медицинскими организациями, являющимися бюджетными и казенными государственными учреждениями, находящимися в ведении Министерства здравоохранения Российской Федерации».

нии платных медицинских услуг со скидкой, вы оказываете таковые за счет собственной прибыли». Как же быть? Можно ли предоставлять скидки и надбавки к цене на законных основаниях, и в каком локальном нормативном акте следует описать свою гибкую ценовую политику?

На наш взгляд, единственный выход заключается в том, чтобы воспользоваться положением п. 3 ст. 40 НК РФ, где речь идет о скидках, обусловленных маркетинговой политикой.

Важно ➤ Маркетинговая политика – это документ, утверждаемый руководителем организации, в идеале, фолиант с приложением стратегических планов развития платных услуг и бизнес-планов отдельных мероприятий ■

На практике же возможен довольно небольшой документ, состоящий из следующих частей:

- Общая часть.
- Анализ внешней и внутренней среды.
- Анализ рынков.
- Ценовая политика.
- Продвижение услуг на рынке.
- Заключительная часть.

В общей части описываются цели и задачи проводимой политики, даются общие определения, которые можно скопировать из учебников по маркетингу, а также ссылка на ст. 40 НК РФ, на основании которой разрабатывается данный локальный нормативный акт медицинской организации.

Анализ внешней среды – это анализ тех внешних факторов, на которые невозможно повлиять. Основной упор здесь целесообразно сделать на платежеспособность юридических и физических лиц, развитие предпринимательства, отношение органов исполнительной и законодательной власти к платной медицине.

Анализ внутренней среды – это описание и анализ кадровых, материальных,

временных и финансовых ресурсов для оказания платных услуг.

В третьей части дается описание конкурентов и поставщиков, с которыми мы работаем или можем работать в принципе. Рекомендуем обратить внимание на этот раздел, так как его тщательная проработка поможет в дальнейшем при обосновании цен и проведении процедуры закупок.

Важно ➤ В ценовой политике описываются принципы формирования цен на услуги ■

Например, они могут устанавливаться в соответствии с приказом Минздрава России от 29.12.2012 № 1631н «на основании размера расчетных и расчетно-нормативных затрат на оказание учреждений медицинских услуг по основным видам деятельности, а также размера расчетных и расчетно-нормативных затрат на содержание имущества учреждения с учетом:

- анализа фактических затрат учреждения на оказание медицинских услуг по основным видам деятельности в предшествующие периоды;
- прогнозной информации о динамике изменения уровня цен (тарифов) в составе затрат на оказание учреждением медицинских услуг по основным видам деятельности, включая регулируемые государством цены (тарифы) на товары, работы, услуги субъектов естественных монополий;
- анализа существующего и прогнозируемого объема рыночных предложений на аналогичные услуги и уровня цен (тарифов) на них;
- анализа существующего и прогнозируемого объема спроса на аналогичные услуги»¹.

¹ Пункт 2 приказа Минздрава России от 29.12.2012 № 1631н «Об утверждении порядка определения цен (тарифов) на медицинские услуги, предоставляемые медицинскими организациями, являющимися бюджетными и казенными государственными учреждениями, находящимися в ведении Министерства здравоохранения Российской Федерации».

Форма для сравнения цен конкурентов и медицинской организации

Услуги	Цены конкурентов				Цены организации
	K ₁	K ₂	...	K _n	
...					

Примечание. K₁, K₂, ..., K_n – конкуренты, описанные в третьем разделе.

В этом разделе полезно воспользоваться приведенной ниже табличной формой.

В графе «Услуги» не обязательно расписывать все услуги, которые оказываются на платной основе, – достаточно описать самые востребованные.

В зависимости от того, как выглядит таблица, описываем применяемые маркетинговые стратегии цен. По тем услугам, по которым цены организации значительно выше цен конкурентов или по которым отсутствуют конкуренты, можно применить стратегию «снятия сливок» и обосновывать это (возможно, в организации лучше оборудование, врачи, репутация или что-то еще). В отношении тех услуг, по которым цены организации попадают в «ценовой интервал», применяется стратегия сопоставимых рыночных цен. Если же цены ниже цен конкурентов, применяется стратегия «проникновения на рынок».

Важно ➤ Существует стратегия демпинговых цен, при которой цены значительно ниже цен конкурентов и которая применяется с целью ликвидации конкурентов. Важно, чтобы при этом было соблюдено условие покрытия издержек на оказание услуг – возможны жалобы в Федеральную антимонопольную службу, которая может проверить правильность применения цен ■

Такая ситуация возможна при использовании передовых медицинских технологий, например экстракорпорального оплодотворения, методики ультрабыстрой заморозки, позволившей достичь

почти 100% выживаемости эмбрионов (тогда как традиционная, «постадийная» технология не позволяет получить не более 50%). Использование этой технологии значительно уменьшает расходы организации и позволяет оказывать услугу по более низкой цене.

В этом же разделе целесообразно отразить:

- какие условия оказания услуг могут влиять на цены;
- что цена на услуги по конкретному договору, если она выше или ниже прейскурантной, устанавливается Протоколом согласования цены (или Протоколом соглашения о договорной цене), который является неотъемлемой частью договора на оказание платных медицинских услуг;
- что протокол не нужен, если скидки и надбавки к цене утверждены в прейскуранте в фиксированных процентах от прейскурантных цен.

Если цена зависит от необходимого количества процедур, конкретного количества койко-дней и прочего, то можно описать такие случаи в ценовой политике, сославшись на ст. 709 ГК РФ. В договоре это указывается, например, следующим образом: «Цена услуг по договору является приблизительной и может быть изменена в сторону уменьшения или увеличения в зависимости от фактического количества койко-дней, проведенных потребителем в таком-то отделении исполнителя».

В разделе «Продвижение услуг на рынке» описываются методы, используемые в учреждении для расширения объема платных услуг в настоящее время.

Самый эффективный вид рекламы в социальных отраслях – устная реклама. Удовлетворенность пациентов качеством наших услуг и уровнем медицинского сервиса в организации – это самая лучшая реклама в здравоохранении. Если медицинская организация использует рекламу в средствах массовой информации, продвигает свои услуги через интернет-ресурсы, то это тоже должно найти отражение в маркетинговой политике.

Важно ➤ Напомним, что нормы расхода на рекламу, применяемые для целей налогообложения прибыли, составляют 1% от объема оказанных услуг ■

Поскольку гибкая ценовая политика является весьма эффективным инструментом привлечения новых платных пациентов и сохранения уже имеющих, именно в этом разделе целесообразно описать, какие именно инструменты привлечения потребителей «ценовыми конфетками» использует организация. Здесь описываются акции по временному снижению цен, условия получения скидочных карт, «абонементного обслуживания»... При описании скидочных карт надо обязательно воспользоваться ссылкой на п. 3 ст. 40 НК РФ о «продвижении на рынке новых услуг и продвижении услуг на новые рынки».

ГИБКАЯ ЦЕНОВАЯ ПОЛИТИКА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ДОЛЖНА БЫТЬ КОНКРЕТИЗИРОВАНА И ЗАКРЕПЛЕНА В ЛОКАЛЬНОМ НОРМАТИВНОМ АКТЕ – «МАРКЕТИНГОВОЙ ПОЛИТИКЕ».

Как любой локальный нормативный акт организации, маркетинговая политика должна иметь заключительную часть, в которой определяется действие документа во времени и пространстве. Если документ принимается на определенный срок, то это можно отразить следующим образом: «Настоящая маркетинговая политика действует с момента подписания и до принятия новой». Если филиалы могут иметь свою маркетинговую политику, это также отражается в заключительной части документа.

Еще раз напомним, что в маркетинговой политике могут быть и другие разделы, она может иметь приложения, но при наличии скидочных карт к цене наличие такого локального нормативного акта является необходимым условием их установления.

Гибкая ценовая политика применяется медицинскими организациями на основе нормативно-правовой базы и закрепляется в локальном нормативном акте организации, который называется «Маркетинговая политика».

Выгодная
подписка на журнал
в редакции по телефону:
8 (495) 937-9082



Если вы не дозвонились до нас, вы всегда можете оформить заказ в нашем интернет-магазине www.proflit.ru



Реклама

Запрос котировок учреждениями здравоохранения: новые правила

Ключевые слова

госзакупки, контрактная система, Закон № 44-ФЗ, запрос котировок

О.К. Лисовенко,
вед. юрисконсульт
экспертно-консультационного центра
Института государственных и регламентированных закупок, конкурентной политики и антикоррупционных технологий МГЮА



Написать автору
WWW.ZDRAV.RU

ЗАПРОС КОТИРОВОК ЯВЛЯЕТСЯ ОДНИМ ИЗ СПОСОБОВ РАЗМЕЩЕНИЯ ЗАКАЗОВ, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИСПОЛЬЗУЕМЫХ УЧРЕЖДЕНИЯМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. ОДНАКО В СВЯЗИ С ВСТУПЛЕНИЕМ В СИЛУ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА ОТ 05.04.2013 № 44-ФЗ «О КОНТРАКТНОЙ СИСТЕМЕ В СФЕРЕ ЗАКУПОК ТОВАРОВ, РАБОТ, УСЛУГ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННЫХ И МУНИЦИПАЛЬНЫХ НУЖД» (ДАЛЕЕ – ЗАКОН О КС) С 1 ЯНВАРЯ 2014 Г. ПРАВИЛА ЗАКУПОК ЗНАЧИТЕЛЬНО ИЗМЕНЯТСЯ.

В ТО ЖЕ ВРЕМЯ В ОТНОШЕНИИ ЗАПРОСА КОТИРОВОК ИЗМЕНЯЮТСЯ СКОРЕЕ ПРОЦЕДУРНЫЕ МОМЕНТЫ, НЕЖЕЛИ САМА СУТЬ ЭТОГО СПОСОБА ЗАКУПОК. ТАК ЖЕ, КАК ЭТО БЫЛО РАНЕЕ ПРЕДУСМОТРЕНО ФЕДЕРАЛЬНЫМ ЗАКОНОМ ОТ 21.07.2005 № 94-ФЗ «О РАЗМЕЩЕНИИ ЗАКАЗОВ НА ПОСТАВКИ ТОВАРОВ, ВЫПОЛНЕНИЕ РАБОТ, ОКАЗАНИЕ УСЛУГ ДЛЯ ГОСУДАРСТВЕННЫХ И МУНИЦИПАЛЬНЫХ НУЖД», ЗАПРОС КОТИРОВОК ОСТАНЕТСЯ ПРОСТОЙ КОНКУРЕНТНОЙ ПРОЦЕДУРОЙ С ЕДИНСТВЕННЫМ КРИТЕРИЕМ ВЫБОРА ПОБЕДИТЕЛЯ – ЦЕНА КОНТРАКТА.

Согласно ч. 1 ст. 72 Закона о КС запрос котировок – это способ определения поставщика (подрядчика, исполнителя), при котором информация о потребностях заказчика в товаре, работе или услуге сообщается неограниченному кругу лиц путем размещения в единой информационной системе (далее – ЕИС) извещения о проведении запроса котировок. Победителем запроса котировок признается участник закупки, предложивший наиболее низкую цену контракта. До ввода в эксплуатацию ЕИС вся информация размещается на официальном сайте РФ в информационно-телекоммуникационной сети Интернет для размещения информации о размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг www.zakupki.gov.ru¹.

В каких случаях учреждения здравоохранения и другие заказчики могут проводить запросы котировок? Закон о КС устанавливает три обязательных условия, которые должны соблюдаться одновременно:

- начальная (максимальная) цена контракта (далее – Н(М)ЦК) не превышает 500 тыс. руб.;

¹ Согласно ч. 5 ст. 112 Федерального закона от 05.04.2013 № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд».

ЭФФЕКТИВНОСТЬ БЮДЖЕТНЫХ РАСХОДОВ ВО МНОГОМ ОПИРАЕТСЯ НА СОЗДАНИЕ СОВРЕМЕННОЙ И КАЧЕСТВЕННОЙ СИСТЕМЫ ЗАКУПОК ДЛЯ ГОСУДАРСТВЕННЫХ И МУНИЦИПАЛЬНЫХ НУЖД, ОГРОМНЫЕ СРЕДСТВА ТРАТЯТСЯ НА ЭТО...

А. Улюкаев, министр экономического развития России

- совокупный годовой объем закупок, осуществляемых путем проведения запроса котировок, не должен превышать 10% объема средств, предусмотренных на все закупки заказчика в соответствии с планом-графиком;
- совокупный годовой объем закупок, осуществляемых путем проведения запросов котировок, должен составлять не более чем 100 млн руб. в год. При этом никакой «привязки» к одноименности товаров (работ, услуг), а также обязательной поквартальной разбивки проводимых запросом котировок закупок с 1 января 2014 года не предусмотрено.

Важно ➤ Законодатель, отказавшись от понятия одноименной продукции, принципиально изменил условия применения запроса котировок ■

Как и прежде, проведение запроса котировок будет начинаться с размещения в ЕИС извещения о проведении запроса котировок. Документация о закупке при проведении запроса котировок не составляется.

Извещение о проведении запроса котировок должно содержать:

1. Информацию, указанную в пп. 1–5 ст. 42 Закона о КС, в том числе:
 - обоснование Н(М)ЦК;
 - требование об отсутствии в реестре недобросовестных поставщиков информации об участнике запроса котировок, учредителях, о членах коллегиального исполнительного органа, лице, исполняющем функции единоличного исполнительного органа участника запроса котировок (для юридического лица);
 - наименование, местонахождения, почтовый адрес, адрес электронной почты, номер контактного телефона, ответственное должностное лицо заказчика, специализированной организации;
 - идентификационный код закупки (с 01.01.2016 г.);
 - ограничение участия в определении поставщика (подрядчика, исполнителя), установленное в соответствии с Законом о КС;
 - используемый способ определения поставщика (подрядчика, исполнителя);

Оценка рисков



ПРИ ЗАПРОСЕ КОТИРОВОК ЦЕНА ЯВЛЯЕТСЯ ЕДИНСТВЕННЫМ КРИТЕРИЕМ ВЫБОРА ПОСТАВЩИКА (ПОДРЯДЧИКА, ИСПОЛНИТЕЛЯ)



ЗАКОН № 44-ФЗ ВВОДИТ ОГРАНИЧЕНИЯ НА ОБЩИЙ ОБЪЕМ ЗАКУПОК, ОСУЩЕСТВЛЯЕМЫЙ ПУТЕМ ПРОВЕДЕНИЯ ЗАПРОСА КОТИРОВОК.



ЗАПРЕЩЕНО ЗАПРАШИВАТЬ ОТ УЧАСТНИКА ИНУЮ ИНФОРМАЦИЮ КРОМЕ ТОЙ, ЧТО ПЕРЕЧИСЛЕНА В ЗАКОНЕ № 44-ФЗ.

- краткое изложение условий контракта, содержащее:

а) наименование и описание объекта закупки с учетом требований, предусмотренных ст. 33 Закона о КС,

б) информацию о количестве и месте доставки товара, являющегося предметом контракта, месте выполнения работы или оказания услуги, являющихся предметом контракта,

в) сроки поставки товара или завершения работы либо график оказания услуг,

г) Н(М)ЦК контракта, источник финансирования.

Важно ➤ Если при заключении контракта невозможно определить объем работ по техническому обслуживанию и (или) ремонту техники, оборудования, оказанию услуг связи, юридических услуг, медицинских услуг, образовательных услуг, услуг общественного питания, услуг переводчика, услуг по перевозкам грузов, пассажиров и багажа, гостиничных услуг, услуг по проведению оценки, заказчик указывает в извещении об осуществлении закупки цену запасных частей или каждой запасной части к технике, оборудованию, цену единицы работы или услуги. ■

При этом должно быть указано, что оплата выполнения работы или оказания услуги осуществляется по цене единицы работы или услуги исходя из объема фактически выполненной работы или оказанной услуги, по цене каждой запасной части к технике, оборудованию исходя из количества запасных частей, поставки которых будут осуществлены в ходе исполнения контракта, но в размере, не превышающем Н(М)ЦК, указанной в извещении об осуществлении закупки;

2. Форму заявки на участие в запросе котировок.

3. Место, дату и время вскрытия конвертов с заявками и (или) открытия до-

ступа к поданным в форме электронных документов заявкам.

4. Информацию о контрактной службе, контрактном управляющем, ответственных за заключение контракта, срок, в течение которого победитель запроса котировок или иной участник запроса котировок, с которым заключается контракт при уклонении победителя от заключения контракта, должен подписать контракт, условия признания победителя запроса котировок или иного участника запроса котировок уклонившимися от заключения контракта.

5. Информацию о возможности одностороннего отказа от исполнения контракта в соответствии с ч. 8–26 ст. 95 Закона о КС.

6. Преимущества, предоставляемые заказчиком в соответствии со ст. 28–30 Закона о КС.

7. Требование обеспечения исполнения контракта¹.

В обязательном порядке к извещению должен быть приложен проект контракта.

Важно ➤ Одной из новелл Закона о КС является установление права Заказчика на внесение изменений в извещении о проведении запроса котировок ■

Такие изменения могут быть внесены не позднее, чем за два рабочих дня до даты истечения срока подачи заявок на участие в запросе котировок (при этом изменение объекта закупки не допускается). Изменения в извещении о проведении запроса котировок необходимо размещать в ЕИС, в течение одного рабочего дня с даты принятия решения об их внесении и в порядке, установленном для размещения извещения о проведении запроса котировок.

В случае внесения изменений в извещение о запросе котировок срок подачи заявок должен быть продлен так, чтобы

¹ Согласно ч. 1 ст. 96 Федерального закона от 05.04.2013 № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд».

с даты размещения в ЕИС изменений до даты истечения срока подачи заявок этот срок составлял не менее чем семь рабочих дней (при осуществлении закупки товара, работы или услуги на сумму, не превышающую 250 тыс. руб. – не менее чем четыре рабочих дня).

Еще одно важнейшее новшество – право заказчика на отмену запроса котировок, предусмотренное ч. 1 ст. 36 Закона о КС.

Важно ➤ Отменить запрос котировок возможно не позднее чем за два дня до даты окончания срока подачи заявок ■

По истечении срока отмены запроса котировок в соответствии с ч. 1 ст. 36 Закона о КС и до заключения контракта заказчик вправе отменить запрос котировок только в случае возникновения обстоятельств непреодолимой силы в соответствии с гражданским законодательством.

Например, если заказчик провел запрос котировок на уборку помещений больницы и определил победителя, однако за несколько дней до подписания контракта произошел пожар, помещения сильно пострадали и заключение и исполнение контракта на их уборку потеряло смысл, в такой ситуации Закон о КС позволяет заказчику отказаться от запроса котировок, даже если уже окончен прием заявок на участие в нем.

При этом не позднее следующего рабочего дня после даты принятия решения об отмене запроса котировок заказчик обязан внести соответствующие изменения в план-график. Само решение об отмене размещается в ЕИС в день принятия этого решения, а также незамедлительно доводится до сведения участников закупки, подавших заявки (при наличии у заказчика информации для осуществления связи с данными участниками). Запрос котировок считается отменным с момента размещения решения о его отмене в ЕИС.

При отмене запроса котировок заказчик не несет ответственности перед участниками закупки, подавшими заявки, за исключением случая, если вследствие отмены запроса котировок участникам закупки причинены убытки в результате недобросовестных действий заказчика. Однако доказывание на практике подобных убытков представляется более чем затруднительным.

Следующий после объявления этап запроса котировок – подача и прием заявок участников. Заявка подается одним из двух способов: в письменной форме (в запечатанном конверте, не позволяющем просматривать содержание заявки до вскрытия конверта), или в форме электронного документа. При этом электронные заявки подписываются усиленной неквалифицированной электронной подписью и подаются только с использованием ЕИС.

Заказчик обязан регистрировать поданные в срок заявки (например, в журнале или листе регистрации).

Важно ➤ Не допускается отказ в приеме и регистрации конверта со своевременно поданной заявкой, если на конверте не указана информация о подавшем его лице. Не допускается также требовать предоставления данной информации. ■

По требованию участника запроса котировок, подавшего заявку, заказчик выдает расписку в получении заявки с указанием даты и времени ее получения. Заявки, поданные после окончания срока подачи таких заявок, не рассматриваются и в день их поступления возвращаются лицам, подавшим такие заявки.

Заказчик обязан обеспечивать сохранность конвертов с заявками, защищенность, неприкосновенность и конфиденциальность поданных в форме электронного документа заявок и рассмотрение содержания заявок только после вскрытия конвертов с такими заявками и (или) открытия

доступа к поданным в форме электронных документов заявкам.

Лица, осуществляющие хранение конвертов с заявками, не вправе допускать повреждения этих конвертов до момента их вскрытия, допускать открытие доступа к поданным в форме электронных документов заявкам. За нарушение указанных требований виновные лица несут ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

В соответствии с ч. 3 ст. 73 Закона о КС, заявка на участие в запросе котировок должна содержать информацию, необходимую заказчику в соответствии с извещением о проведении запроса котировок, а также:

- согласие участника запроса котировок исполнить условия контракта, указанные в извещении о проведении запроса котировок;
- цену товара, работы или услуги;
- документы, подтверждающие право участника на получение преимуществ в соответствии со ст. 28–30 Закона о КС, или копии таких документов.

Требовать от участника запроса котировок предоставления иных документов и информации не допускается.

Важно ➤ Поскольку эти сведения должны оглашаться при вскрытии конвертов с заявками на участие в запросе котировок (открытии доступа к заявкам, поданным в электронной форме), а также необходимы для заключения контракта с победителем запроса котировок, то в качестве необходимых сведений от участников в извещении о проведении запроса котировок (в форме заявки на участие в запросе котировок) необходимо запросить наименование, почтовый адрес, ИНН, ОГРН, банковские реквизиты участника закупки. ■

Само вскрытие конвертов с заявками на участие в запросе котировок и открытие доступа к заявкам, поданным в элект-

ронной форме, осуществляется котировочной комиссией в течение одного рабочего дня, следующего после даты окончания срока подачи.

В тот же день котировочная комиссия рассматривает заявки в части соответствия их требованиям, установленным в извещении, и оценивает такие заявки.

Извещение о проведении запроса котировок и проект контракта, заключаемого по результатам проведения такого запроса, размещаются заказчиком в ЕИС не менее чем за семь рабочих дней до даты истечения срока подачи заявок, а в случае осуществления закупки товара, работы или услуги на сумму, не превышающую 250 тыс. руб. (в случаях, предусмотренных ст. 76 Закона о КС, – не менее чем за четыре рабочих дня).

Одновременно с размещением в ЕИС извещения о проведении запроса котировок Заказчик вправе направить запрос о предоставлении котировок не менее чем трем лицам, осуществляющим поставку товаров, выполнение работ, оказание услуг, предусмотренных извещением о проведении запроса котировок.

Важно ➤ Вскрытие всех поступивших конвертов (открытие доступа к заявкам, поданным в форме электронных документов) осуществляется публично ■

Заказчик обязан обеспечить осуществление аудиозаписи вскрытия конвертов с заявками и (или) открытия доступа к поданным в форме электронных документов заявкам; также любой участник запроса котировок, присутствующий при вскрытии конвертов и (или) открытии доступа к поданным в форме электронных документов заявкам, вправе осуществлять аудио- и видеозапись вскрытия этих конвертов и (или) открытия данного доступа.

При вскрытии конвертов объявляются:

- информация о месте, дате, времени вскрытия конвертов с заявками

и (или) об открытии доступа к поданным в форме электронных документов заявкам;

- наименование (для юридического лица), фамилия, имя, отчество (при наличии) (для физического лица);
- почтовый адрес каждого участника запроса котировок, конверт с заявкой которого вскрывается или доступ к поданной в форме электронного документа которого открывается;
- цена товара, работы или услуги, указанная в заявке;
- информация, необходимая заказчику в соответствии с извещением о проведении запроса котировок.

После вскрытия, рассмотрения и оценки заявок котировочной комиссией определяется победитель запроса котировок, которым признается участник, подавший заявку, которая соответствует всем требованиям, установленным в извещении, и в которой указана наиболее низкая цена товара, работы или услуги.

Важно ➤ Если наиболее низкая цена предложена несколькими участниками, победителем признается участник, заявка которого поступила ранее других заявок, в которых предложена такая же цена ■

Котировочная комиссия не рассматривает и отклоняет заявки на участие в запросе котировок, если они не соответствуют требованиям, установленным в извещении, либо предложенная в таких заявках цена превышает Н(М)Ц, указанную в извещении, или участником запроса котировок не предоставлены документы и информация, предусмотренные ч. 3 ст. 73 Закона о КС. Отклонение заявок на участие в запросе котировок по иным основаниям запрещено Законом.

Результаты рассмотрения и оценки заявок на участие в запросе котировок оформляются протоколом, который должен содержать следующие сведения:

- информацию о заказчике;
- о существенных условиях контракта;
- обо всех участниках, подавших заявки на участие в запросе котировок;
- об отклоненных заявках с обоснованием причин отклонения (в том числе с указанием положений Закона о КС и положений извещения о проведении запроса котировок, которым не соответствуют заявки этих участников, предложений, содержащихся в заявках, не соответствующих требованиям извещения, нарушений федеральных законов и иных нормативных правовых актов, послуживших основанием для отклонения заявок);
- предложение о наиболее низкой цене товара, работы или услуги;
- информацию о победителе запроса котировок;
- информацию об участнике запроса котировок, предложившем в заявке цену контракта такую же, как и победитель, или об участнике, предложение о цене контракта которого содержит лучшие условия по цене контракта, следующие после предложенных победителем условий.

Важно ➤ Протокол рассмотрения и оценки заявок на участие в запросе котировок подписывается всеми присутствующими на заседании членами котировочной комиссии и в день его подписания размещается в ЕИС ■

Контракт по результатам запроса котировок заключается на условиях, предусмотренных извещением, по цене, предложенной в заявке (или в заявке участника, с которым заключается контракт, в случае уклонения победителя от заключения контракта не ранее чем через семь дней с даты размещения в ЕИС протокола рассмотрения и оценки заявок на участие в запросе котировок и не позднее чем через 20 дней с даты подписания указанного протокола).

Законом о КС установлено, что в случае наличия принятых судом или арбитражным судом судебных актов либо возникновения обстоятельств непреодолимой силы, препятствующих подписанию контракта одной из сторон в установленные сроки, эта сторона обязана уведомить другую сторону о наличии данных судебных актов или обстоятельств в течение одного дня. Течение установленных для заключения контракта сроков приостанавливается на срок исполнения данных судебных актов или срок действия данных обстоятельств, но не более чем на 30 дней. В случае отмены, изменения или исполнения данных судебных актов либо прекращения действия данных обстоятельств соответствующая сторона обязана уведомить другую сторону об этом не позднее дня, следующего за днем отмены, изменения или исполнения данных судебных актов либо прекращения действия данных обстоятельств.

Если запрос котировок признан несостоявшимся по основанию, предусмотренному ч. 9 ст. 78 Закона о КС (в связи с тем, что котировочной комиссией отклонены все поданные заявки), заказчик продлевает срок подачи заявок на четыре рабочих дня и в течение одного рабочего дня после даты окончания срока подачи таких заявок размещает в ЕИС извещение о продлении срока подачи таких заявок. При этом заказчик обязан направить запрос о подаче заявок на участие в запросе котировок не менее чем трем его участникам, которые могут осуществить поставку необходимого товара, выполнение работы или оказание услуги.

Важно ➤ Если после даты окончания срока подачи заявок на участие в запросе котировок, указанного в извещении о продлении срока подачи заявок, а также, если на участие в запросе котировок в принци-

пе подана только одна заявка и она признана соответствующей требованиям Закона о КС и требованиям, указанным в извещении о проведении запроса котировок, заказчик заключает контракт с единственным поставщиком (подрядчиком, исполнителем)¹. При этом заключение такого контракта в обязательном порядке необходимо согласовывать в контрольном органе ■

Аналогичное правило применяется и в случае, если что по результатам рассмотрения заявок только одна такая заявка признана соответствующей требованиям Закона о КС и требованиям, указанным в извещении. Если же после даты окончания срока подачи заявок на участие в запросе котировок, указанного в извещении о продлении срока подачи заявок, не подано ни одной заявки, заказчик вносит изменения в план-график (при необходимости также в план закупок) и снова осуществляет закупку.

Отдельного внимания заслуживают положения Закона о КС, позволяющие учреждениям здравоохранения и иным заказчикам осуществлять закупки продовольствия, средств, необходимых для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в экстренной или неотложной форме, лекарственных средств, топлива, которые необходимы для нормального жизнеобеспечения граждан и отсутствие которых приведет к нарушению их нормального жизнеобеспечения, путем проведения запроса котировок независимо от цены контракта в следующих случаях:

- судом вынесено определение об обеспечении иска, поданного заказчиком в связи с неисполнением контракта, решение о расторжении контракта на

¹ В соответствии с п. 25 ч. 1 ст. 93 Федерального закона от 05.04.2013 № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд».

поставки продовольствия, средств, необходимых для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в экстренной или неотложной форме, лекарственных средств, или топлива, которые необходимы для нормального жизнеобеспечения граждан и отсутствие которых приведет к нарушению их нормального жизнеобеспечения;

- контрольным органом в сфере закупок выдано предписание об отмене результатов конкурса или электронного аукциона и принято решение о возможности осуществления закупки данного товара путем проведения запроса котировок. Указанное решение принимается контрольным органом в сфере закупок на основании заявления заказчика в срок не более чем десять рабочих дней с даты выдачи этого предписания;
- ранее заключенный контракт расторгнут в связи с односторонним отказом заказчика от исполнения контракта в соответствии с ч. 8–26 ст. 95 Закона о КС.

Извещение размещается в ЕИС не менее чем за четыре рабочих дня до даты истечения срока подачи заявок на участие в запросе котировок; заказчик обязан направить запрос о предоставлении котировок не менее чем трем лицам, которые могут осуществить поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг, предусмотренных извещением о проведении запроса котировок.

Важно ➤ Контракт на закупку продовольствия, средств, необходимых для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в экстренной или неотложной форме, лекарственных средств, топлива, которые необходимы для нормального жизнеобеспечения граждан может за-

ЗАПРОС КОТИРОВОК ОСТАНЕТСЯ ПРОСТОЙ КОНКУРЕНТНОЙ ПРОЦЕДУРОЙ С ЕДИНСТВЕННЫМ КРИТЕРИЕМ ВЫБОРА ПОБЕДИТЕЛЯ – ЦЕНА КОНТРАКТА

ключаться на срок, не превышающий срока, необходимого для проведения конкурса или электронного аукциона на право заключить контракт на поставку данного товара. Количество поставляемого товара не может превышать количество товара, необходимое для нормального жизнеобеспечения граждан в течение указанного срока ■

Подводя краткие итоги, необходимо отметить, что хотя запрос котировок и является способом закупок, хорошо известным и часто используемым учреждениями здравоохранения, однако Закон о КС внес целый ряд существенных корректировок в процедуру и порядок его проведения.

Наиболее значимыми из таких изменений являются изменение условий использования запроса котировок и отказ от понятия одноименности товаров (работ, услуг), подача электронных заявок исключительно через ЕИС и невозможность их направления иными средствами (например, по электронной почте), введение публичной процедуры вскрытия заявок на участие в запросе котировок, изменение последствий признания запроса котировок недействительным, введение особенностей для проведения запроса котировок в целях осуществления закупки продовольствия, средств, необходимых для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в экстренной или неотложной форме, лекарственных средств, топлива, которые необходимы для нормального жизнеобеспечения граждан и отсутствие которых приведет к нарушению их нормального жизнеобеспечения.

Организация оказания медицинской помощи: нормативно-правовое регулирование

ключевые слова порядок оказания медицинской помощи, виды и профили медицинской помощи

А.В. Кочубей,
д-р мед. наук,
проф. кафедры
общественного
здоровья
и здравоохранения
ГБОУ ВПО «МГМСУ
им. А.И. Евдокимо-
ва» Минздрава
России



Написать автору
WWW.ZDRAV.RU

СОГЛАСНО П. 1 СТ. 37 ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА ОТ 21.11.2009 № 323-ФЗ «ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ» (ДАЛЕЕ – ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН № 323-ФЗ) МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ОРГАНИЗУЕТСЯ И ОКАЗЫВАЕТСЯ В СООТВЕТСТВИИ С ПОРЯДКАМИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОБЯЗАТЕЛЬНЫМИ ДЛЯ ИСПОЛНЕНИЯ ВСЕМИ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ НА ТЕРРИТОРИИ РФ. КРОМЕ ТОГО, В СООТВЕТСТВИИ С ПОЛОЖЕНИЕМ О ЛИЦЕНЗИРОВАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ¹ СОБЛЮДЕНИЕ ПОРЯДКОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЯВЛЯЕТСЯ ЛИЦЕНЗИОННЫМ ТРЕБОВАНИЕМ, ПРЕДЪЯВЛЯЕМЫМ К ЛИЦЕНЗИАТУ.

АНАЛИЗ НОРМАТИВНЫХ ПРАВОВЫХ ДОКУМЕНТОВ ВЫЯВИЛ ПРОБЕЛЫ, СПОСОБНЫЕ НЕГАТИВНО СКАЗАТЬСЯ НА ОРГАНИЗАЦИИ И ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.

Законодатель определил, что порядки оказания медицинской помощи (далее – Порядки) разрабатываются по видам и профилям медицинской помощи, заболеваниям и состояниям (или группам заболеваний и состояний), и утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. Таким образом, заданная правовая конструкция предполагает целую систему взаимосвязанных Порядков.

Федеральный закон № 323-ФЗ определяет 4 вида медицинской помощи: первичную медико-санитарную, специализированную, скорую, паллиативную.

В настоящее время разработаны Порядки по 2 видам медицинской помощи: скорой и паллиативной. По скорой медицинской помощи утвержден приказ Минздравсоцразвития России от 01.11.2004 № 179 «Об утверждении порядка оказания скорой медицинской помощи» и вступающий в силу с 1 января

¹ Утверждено постановлением Правительства РФ от 16.04.2012 № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")».

КОНКРЕТНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ОПТИМИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ – РАЗНЫЕ В ГОРОДАХ И СЕЛАХ, В РАЗНЫХ РЕГИОНАХ СТРАНЫ. НО ЗАКОНОМЕРНОСТИ ОПТИМИЗАЦИИ ЕДИНЫ В ОСНОВЕ – СОЗДАНИЕ ТРЕХУРОВНЕВОЙ СИСТЕМЫ ПОЗВОЛЯЕТ КАЖДОМУ ГРАЖДАНИНУ НЕЗАВИСИМО ОТ МЕСТА ПРОЖИВАНИЯ ОБЕСПЕЧИТЬ СВОЕВРЕМЕННОЕ ОКАЗАНИЕ НЕОБХОДИМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.

В.И. Скворцова, Министр здравоохранения России

2014 г. приказ Минздрава России от 20.06.2013 № 388н «Об утверждении порядка оказания скорой, в т. ч. скорой специализированной, медицинской помощи». По паллиативной – приказ Минздрава России от 21.12.2012 № 1343н «Порядок оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению».

Важно ▶ Приказ Минздравсоцразвития России от 16.04.2010 № 243н «Об организации оказания специализированной медицинской помощи» (далее – Приказ № 243н) не может быть отнесен к Порядкам по видам медицинской помощи ■

Приказ № 243н, по сути, определяет маршрутизацию пациента при оказании ему специализированной медицинской помощи. Кроме того, Приказ № 243н не

соответствует требованиям ст. 37 Федерального закона № 323-ФЗ, предъявляемым к Порядкам. Так, Приказ № 243н не содержит стандарта оснащения и рекомендуемые штатные нормативы медицинской организации и ее структурных подразделений.

Ошибочно также считать приказ Минздравсоцразвития России от 28.12.2011 № 1689н «Об утверждении порядка направления граждан РФ для оказания высокотехнологичной медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете Министерству здравоохранения и социального развития РФ, с применением специализированной информационной системы» Порядком оказания высокотехнологичной помощи (далее – ВМП). Закон ясно определяет ВМП

Оценка рисков



НЕОПРЕДЕЛЕННОСТЬ ПРЕДНАЗНАЧЕНИЯ ПОЛОЖЕНИЯ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ И ТОГО, КАК ОНО СООТНОСИТСЯ С ПОРЯДКАМИ



НАЗВАНИЯ ПРОФИЛЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, УКАЗАННЫЕ В ПРИКАЗЕ МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 17.05.2012 № 555Н, НЕ ВСЕГДА СООТВЕТСТВУЮТ УТВЕРЖДЕННОЙ НОМЕНКЛАТУРЕ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ



ВСЛЕДСТВИЕ ОТСУТСТВИЯ ПОРЯДКОВ ПО РЯДУ ВИДОВ И ПРОФИЛЕЙ ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО НИМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В НАРУШЕНИЕ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА № 323-ФЗ

как часть специализированной медицинской помощи, фактически приравнивая ее к таким составляющим первичной медико-санитарной помощи, как доврачебная, врачебная и врачебная специализированная помощь. Кроме того, п. 8 ст. 34 Федерального закона № 323-ФЗ обязывает установить порядок направления на ВМП, что и реализовано в приказе № 1689н.

Важно ➤ Положение об организации оказания первичной медико-санитарной помощи (далее – Положение о первичной помощи) также нельзя отнести к Порядкам по видам ■

Во-первых, согласно п. 5 ст. 32 Федерального закона № 323-ФЗ Положение об организации оказания медицинской помощи по видам, условиям и формам (далее – Положение) должно быть установлено Минздравом наряду с Порядками. Во-вторых, ст. 9 Положения прямо указывает, что помощь оказывается в соответствии с Порядками по видам и профилям медицинской помощи.

Вероятно, из-за отсутствия требований в Федеральном законе № 323-ФЗ к форме положений Положение об организации оказания первичной медико-санитарной помощи во многом похоже на Порядок и содержит правила организации деятельности, стандарты оснащения и рекомендованные штатные нормативы.

Важно ➤ Существует некоторая неопределенность в отношении предназначения положений и того, как они соотносятся с Порядками ■

В отличие от Порядков ни Федеральный закон № 323-ФЗ, ни Положение о лицензировании медицинской деятельности или иной нормативный правовой документ напрямую не выдвигают требований к медицинским организациям со-

блюдать положения при осуществлении медицинской деятельности. В то же время Положение, являясь нормативным правовым актом¹, устанавливает правовую норму, т. е. общеобязательное государственное предписание постоянного или временного характера, рассчитанное на многократное применение².

Важно ➤ Законодательство не дает определения понятию «профиль медицинской помощи». Названия профилей медицинской помощи, указанные в приказе Минздрава России от 17.05.2012 № 555н, не всегда соответствуют утвержденной номенклатуре специальностей³ ■

Единственное упоминание о профиле медицинской помощи можно встретить в приказе Минздрава России от 17.05.2012 № 555н «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи», но приказ дает перечень профилей медицинской помощи и не содержит дефиниции, разъясняющей данное понятие.

В приказе Минздрава России от 17.05.2012 № 555н приводится перечень из 50 профилей медицинской помощи, которым соответствует 85 профилей коек (например, профилю медицинской помощи «акушерство и гинекология» соответствуют койки по профилям «патология беременности», «гинекологические», «гинекологические для детей», «гинекологические для вспомогательных репродуктивных технологий»).

¹ Постановление Правительства РФ от 13.08.1997 № 1009 «Об утверждении правил подготовки нормативных правовых актов федеральных органов исполнительной власти и их государственной регистрации».

² Приказ Министерства юстиции РФ от 04.05.2007 № 88 «Об утверждении разъяснений о применении Правил подготовки нормативных правовых актов федеральных органов исполнительной власти и их государственной регистрации».

³ Приказ Минздравсоцразвития России от 23.04.2009 № 210н «О номенклатуре специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации».

В настоящее время среди утвержденных Минздравом России Порядков 29 строго соответствуют 28 Профилям¹ (2 приказа Минздрава России утверждают Порядок по одному профилю «акушерство и гинекология», но с выделением особого порядка использования вспомогательных репродуктивных технологий).

Порядки по 10 профилям утверждены приказами, регламентирующими организацию медицинской помощи при различных заболеваниях и состояниях². Например, Порядок оказания медицинской помощи по профилю «фтизиатрия» фактически установлен в Порядке оказания медицинской помощи больным туберкулезом, утвержденном приказом Минздрава России от 15.11.2012 № 932н.

Порядок по профилям «кардиология» и «сердечно-сосудистая хирургия» определен в Порядке оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, утвержденном приказом Минздрава России от 15.11.2012 № 918н.

Порядок по профилю «челюстно-лицевая хирургия» включен в приказ Минздрава России от 07.12.2011 № 1496н «Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях». При этом профиль «стоматология» в приказе № 555н отсутствует. В перечне профилей медицинской помощи включена только «стоматология

В ОТСУТСТВИЕ ПОРЯДКОВ ПО РЯДУ ПРОФИЛЕЙ ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО НИМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В НАРУШЕНИЕ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА № 323-ФЗ

детская», порядок оказания которой определен приказом Минздрава России от 13.11.2012 № 910н.

Отдельно следует рассмотреть Порядки оказания помощи детям³. Приказ № 555н не содержит профилей «детская ревматология», «детская неврология», «детская офтальмология», «детские инфекционные болезни», «детская анестезиология и реаниматология», в отличие от, например, «детская кардиология» или «детская хирургия». В профиле коек «детские» выделены лишь для «анестезиологии и реаниматологии» как «реанимационные для новорожденных» и «интенсивной терапии для новорожденных», а также для «неврологии» как «психоневрологические для детей».

Важно ➤ На наш взгляд, выделением в профиле «детских» коек можно обосновать утверждение отдельного порядка оказания медицинской помощи детям. В иных случаях, согласно действующим нормативным правовым документам, установление отдельного порядка оказания медицинской помощи детям представляется сомнительным ■

Порядки оказания по профилям «гериатрия» и «радиология, радиотерапия» на сегодняшний день установлены приказами Минздрава России от 28.07.1999 № 297 «О совершенствовании организации медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возрастов в РФ» и от 02.08.1991 № 132 «О совершенствовании

¹ Приказы Минздрава России от 12.11.2012 № 907н, от 31.10.2012 № 561н, от 18.01.2012 № 17н, от 15.11.2012 № 924н, от 16.04.2012 № 366н, от 15.11.2012 № 923н, от 15.11.2012 № 921н, от 12.11.2012 № 908н, от 12.11.2012 № 899н, от 12.11.2012 № 900н, от 25.10.2012 № 440н, от 15.11.2012 № 930н, от 12.11.2012 № 898н, от 31.10.2012 № 567н, от 31.10.2012 № 562н, от 15.11.2012 № 922н, от 30.10.2012 № 555н, от 15.11.2012 № 931н, от 15.11.2012 № 919н, от 12.11.2012 № 905н, от 12.11.2012 № 906н, от 15.11.2012 № 929н, от 15.11.2012 № 916н, от 07.11.2012 № 606н, от 12.11.2012 № 901н, от 15.11.2012 № 915н, от 31.10.2012 № 560н, от 29.12.2012 № 1705н, от 01.11.2012 № 572н и от 30.08.2012 № 107н.

² К этой же категории Порядки, утвержденные приказами Минздрава России от 13.11.2012 № 910н, от 12.11.2012 № 902н, от 15.11.2012 № 918н, от 31.01.2012 № 69н, от 17.05.2012 № 566н, от 15.11.2012 № 926н, от 13.11.2012 № 911н, от 02.04.2010 № 206н, от 15.11.2012 № 925н, от 15.11.2012 № 932н.

³ Приказы Минздрава России от 25.10.2012 № 442н и от 12.11.2012 № 909н, Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 № 521н и от 14.12.2012 № 1047н.

нии службы лучевой диагностики». Несмотря на давность принятия этих приказов, иных нормативных правовых документов, регулирующих оказание медицинской помощи по данным профилям, нет.

Наличие однотипных видов и профилей по «скорой» и «паллиативной» медицинской помощи вносит путаницу в Порядки. Утвержденные приказами Минздрава России Порядки по скорой и паллиативной медицинской помощи не дают четкого разъяснения, о чем в них идет речь – о виде или о профиле медицинской помощи.

Наличием утвержденной специальности и услуг по скорой медицинской помощи можно обосновать выделение скорой медицинской помощи как профиля. Отсутствие специальности или услуг по паллиативной медицине вызывает сомнение в целесообразности выделения профиля «паллиативная» медицинская помощь.

По семи утвержденным профилям Порядки отсутствуют: «акушерское дело», «психиатрия – наркология», «трансплантация костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток», «хирургия (абдоминальная)», «хирургия (комбустиология)», «скорая медицинская помощь», «паллиативная медицинская помощь».

В отсутствие порядков по ряду профилей оказание медицинской помощи по ним осуществляется в нарушение Федерального закона № 323-ФЗ¹.

В то же время Минздравом России утверждены порядки по специально-

стям, не являющимся профилями медицинской помощи в соответствии с приказом № 555н («клиническая фармакология»², «косметология»³, «сурдология-оториноларингология»⁴, «диетология»⁵). На наш взгляд, в этой ситуации утверждение Порядков необоснованно с правовой точки зрения.

Минздравом России утверждены также порядки оказания медицинской помощи по заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний): больным с врожденными и(или) наследственными заболеваниями; больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения; взрослому населению при заболевании, вызываемом вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции); пострадавшим с сочетанными множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком.

Возможно, имеются еще иные Порядки по заболеваниям и состояниям. К сожалению, поиск приказов затруднен из-за отсутствия в открытом доступе систематизированной базы по ним. На официальном сайте Минздрава России в рубрике «Банк документов» ответ на запрос «Порядки оказания медицинской помощи» содержит значительное количество приказов, утративших силу, и менее трети действующих Порядков. На сегодняшний день наиболее полный свод Порядков можно найти в базе КонсультантПлюс, хотя и он требует обновления.

² Приказ Минздрава России от 02.11.2012 № 575н.

³ Приказ Минздравсоцразвития России от 18.04.2012 № 381н.

⁴ Приказ Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 155н.

⁵ Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 920н.

¹ Пункт 1 ст. 37 Закона № 323-ФЗ.

Комплект «Образцовое ЛПУ»

Подписка на год по выгодной цене

32 868 руб. ~~38 742 руб.~~

Экономия
5874 руб.



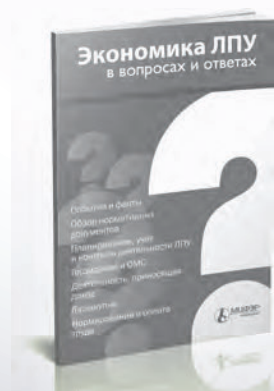
Журналы
**«Здравоохранение» +
«Управление качеством в здравоохранении»**



Журнал
**«Заместитель главного
врача: лечебная работа
и медицинская экспертиза»**



Журнал
**«Правовые вопросы
в здравоохранении»**



Журнал
**«Экономика ЛПУ
в вопросах и ответах»**



Журнал
**«Главная медицинская
сестра»**

Реклама



Оформите подписку по тел.: 8 (495) 937-9082
или на www.profit.ru

Парадоксы новых Правил переливания крови

Ключевые слова

кровь и ее компоненты, нормативные правовые акты

Е.Б. Жибурт,
д-р мед. наук, проф.,
зав. кафедрой
трансфузиологии
и проблем перели-
вания крови

С.Р. Мадзаев,
канд. мед. наук,
докторант кафедры
трансфузиологии
и проблем перели-
вания крови

Институт усовер-
шенствования
врачей Националь-
ного медико-хирур-
гического центра
имени Н.И. Пирого-
ва Минздрава
России

✉ Написать автору
WWW.ZDRAV.RU

В АПРЕЛЕ 2013 Г. МИНЗДРАВ РОССИИ УТВЕРДИЛ «ПРАВИЛА КЛИНИЧЕСКОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДОНОРСКОЙ КРОВИ И (ИЛИ) ЕЕ КОМПОНЕНТОВ»¹ (ДАЛЕЕ – ПРАВИЛА).

СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИИ ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ОНИ ДОЛЖНЫ ОТРАЖАТЬ НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНСЕНСУС КЛИНИЦИСТОВ, СПЕЦИАЛИСТОВ СЛУЖБЫ ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ И ФАРМАКОЛОГОВ ПО САМОМУ ЭФФЕКТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ В СПЕЦИФИЧЕСКИХ КЛИНИЧЕСКИХ СИТУАЦИЯХ В КОНТЕКСТЕ МЕСТНЫХ УСЛОВИЙ И БАЗИРОВАТЬСЯ НА САМОЙ АКТУАЛЬНОЙ И ДОСТУПНОЙ ИНФОРМАЦИИ.

ОДНАКО В РАССМАТРИВАЕМОМ ДОКУМЕНТЕ ОТСУТСТВУЮТ СВЕДЕНИЯ О ДОСТИЖЕНИИ ТАКОГО КОНСЕНСУСА, КАК И ОБ УРОВНЕ ДОКАЗАТЕЛЬНОСТИ ОТДЕЛЬНЫХ ПОЛОЖЕНИЙ ПРАВИЛ (С УКАЗАНИЕМ ИСТОЧНИКА ОПУБЛИКОВАНИЯ, КАК ЭТО СДЕЛАНО В ДРУГИХ РАЗВИТЫХ СТРАНАХ).

Нужно понимать, что правила – это не инструкция по применению компонентов крови, описывающая технические процедуры трансфузии. Правила – это описание алгоритмов клинического мышления. Эти документы так же различны, как инструкция по эксплуатации автомобиля и правила дорожного движения. К сожалению, большинство статей в утвержденных Правилах содержит положения, дублирующие или расширяющие положения действующей инструкции по применению компонентов крови, а иногда и противоречащие ей.

Нельзя не отметить императивное использование терминов «трансфузиологическое отделение» и «трансфузиологический кабинет». Это противоречит Федеральному закону «О донорстве крови и ее компонентов»², согласно ст. 16 которого «в целях клинического использования донорской крови... создаются в качестве структурных подразделений специализированные кабинеты или отделения». Не нужно переименовывать в трансфузиологические существующие отделения переливания крови, гравитационной хирургии крови – хотя бы во избежание потери существующих надбавок к зарплате работников, пенсионных льгот и т. д.

¹ Приказ Минздрава России от 02.04.2013 № 183н «Об утверждении правил клинического использования донорской крови и (или) ее компонентов».

² Федеральный закон от 20.07.2012 № 125-ФЗ «О донорстве крови и ее компонентов».

ОБЯЗАННОСТЬЮ ПРАВИТЕЛЬСТВА ЯВЛЯЕТСЯ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ТОГО, ЧТОБЫ КРОВЬ И ЕЕ ПРОДУКТЫ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫЕ НАЦИОНАЛЬНЫМИ ПРОГРАММАМИ ПО ПЕРЕЛИВАНИЮ КРОВИ, БЫЛИ БЕЗОПАСНЫМИ, СООТВЕТСТВУЮЩИМИ ТРЕБОВАНИЯМ, ЭФФЕКТИВНЫМИ И ПРОИЗВЕДЕННЫМИ В СООТВЕТСТВИИ С ОПРЕДЕЛЕННЫМИ СТАНДАРТАМИ.

ВОЗ, Требования к системам качества при переливании крови

Важно » Согласно Правилам определять группу крови пациента теперь может только врач клинического отделения, прошедший обучение по вопросам трансфузиологии ■

Поскольку такое обучение проводится в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, кафедрам трансфузиологии следует готовиться к приему тысяч слушателей.

Не указан способ отбора крови донора из гемоконтейнера. В российских нормативных документах службы крови вопрос о выделении сегментов трубки донорского контейнера не регламентирован.

Обратное (со стандартными эритроцитами) определение фенотипа ABO пациента не является обязательным, что чревато ошибкой. Для сравнения: из-за высокой частоты отбора образца не у того пациента (1:2000) в Великобритании требуют обязательного обратного

(со стандартными эритроцитами) первого определения группы крови пациента.

Требование отбора образцов для проведения обязательных контрольных исследований и проб на совместимость не ранее чем за 24 ч до переливания приведет к увеличению ятрогенной кровопотери. Зарубежный опыт требует установить рабочие пределы времени хранения образца, позволяя изменять их в зависимости от местной оценки риска (табл. 1).

Биологическую пробу предлагают проводить путем переливания 10 мл донорской крови и (или) ее компонентов со скоростью 40–60 капель в мин (ст. 15 Правил). Напомним, что академик А.Н. Филатов писал: «При выполнении биологической пробы на совместимость грубой ошибкой является введение указанных доз крови не струйно, а капельно, ибо при капельном методе трансфузии можно перелить значительно большее количество несовместимой крови без выраженной реакции, но с обязательным

Оценка рисков



НЕКОТОРЫЕ СТАТЬИ УТВЕРЖДЕННЫХ ПРАВИЛ СОДЕРЖАТ ПОЛОЖЕНИЯ, ПРОТИВОРЕЧАЩИЕ ДЕЙСТВУЮЩЕЙ ИНСТРУКЦИИ ПО ПРИМЕНЕНИЮ КОМПОНЕНТОВ КРОВИ



В ПРАВИЛАХ НЕ УКАЗАНЫ ЦЕЛЕВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ГОМЕОСТАЗА, КОТОРЫЕ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ДОСТИГНУТЫ У РЕЦИПИЕНТОВ



ПРОТОКОЛ ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ ПРЕДПОЛАГАЕТ РЕГИСТРАЦИЮ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТОЛЬКО КРАСНОЙ КРОВИ

Таблица 1

Рабочие пределы использования находящейся на хранении цельной крови и плазмы для предтранфузионного тестирования в Великобритании

Тип пациента	Тип образца		
	Цельная кровь при комнатной температуре	Цельная кровь при 2–8 °С	Плазма при 30 °С
Переливание крови или беременность в течение последних трех месяцев	До 48 часов	До 3 дней*	Не применяется
Не было переливания крови или беременности в течение последних трех месяцев	До 48 часов	До 7 дней	До 3 месяцев

* Время между отбором образца и последующей трансфузией.

последующим (запоздалым) развитием посттрансфузионного шока». Американские коллеги не проводят никаких проб, рекомендуют переливать кровь со скоростью 2 мл/мин в течение 15 мин и внимательно наблюдать за пациентом.

Важно ➤ В Правилах отсутствует описание техники проведения биологической пробы у реципиентов, находящихся под наркозом, находящихся в коматозном состоянии, у глухонемых, у имеющих нарушения психики или пребывающих в состоянии тяжелого алкогольного или наркотического опьянения – то есть, в случаях, когда нельзя узнать об субъективных ощущениях реципиента путем его опроса ■

В этих случаях вместо классической биологической пробы проводится проба на гемолиз (проба Бакстера): весь объем компонента крови, который переливают при классической биологической пробе (30–45 мл), вводят внутривенно струйно и через несколько минут берут кровь из вены в пробирку, центрифугируют и оценивают цвет сыворотки реципиента. Обычная окраска свидетельствует о совместимости пробы; розовая или красная – о несовместимости эритроцитов реципиента с эритроцитами донора.

Излишним представляется определение резус-принадлежности пациента при

переливании тромбоцитов (ст. 2б), поскольку на них нет антигена D, а в контейнере с тромбоцитами не может быть антирезусных антител.

Следует отметить ряд положительных новшеств:

- регламентировано создание трансфузиологической комиссии – эффективного инструмента повышения качества службы крови клиники;
- обязательным стал скрининг антиэритроцитарных антител с использованием не менее трех образцов эритроцитов;
- эритроциты перестали называть «переносчиками газов крови»;
- плазму группы АВ разрешили переливать всем реципиентам;
- в отсутствие потребности в использовании размороженной плазмы ее разрешили хранить при температуре 2–6 °С в течение 24 часов.

В то же время в Правилах отсутствует основной элемент всех аналогичных документов в мире – целевые показатели гомеостаза, которых необходимо достичь у реципиентов. Только для коррекции острой анемии указана целевая концентрация гемоглобина (70–80 г/л), очевидно недостаточная для пациентов с острым коронарным синдромом, и приведен целевой гематокрит (25%) – очевидно завышенный для пациентов без сопутствующей патологии.

Четыре затратных парадокса

Парадокс первый. Резко расширяется объем обследования большинства реципиентов.

К трем классическим антигенам эритроцитов (*ABD*) добавляются семь: *C, c, E, e, C^w, K и k*. Нигде в мире по такому спектру антигенов кровь не подбирают. Например, в Нидерландах, подбор крови для пациентов с аутоантителами к эритроцитам (они могут маскировать аллогенные антитела) проводят по пяти антигенам: *C, c, E, e, и K*. По указанным пяти антигенам рекомендуют (но не обязывают) подбирать кровь и реципиентам с аллогенными антителами, аутоиммунной гемолитической анемией, миелодиспластическим синдромом. По *cEK* рекомендуют подбирать кровь женщинам в возрасте до 45 лет, по расширенному фенотипу – пациентам с гемоглобинопатиями. Соответственно все мировые производители делают карточки (кассеты) на пять антигенов: *C, c, E, e, и K*.

В России антисыворотки к антигенам *C^w* и *k* производит лишь одна компания – «Гемостандарт». Несложно предсказать, какой «неожиданный» грядущий финансовый успех ее ждет.

Парадокс второй. Предписан оригинальный фенотип стандартных эритроцитов.

В отличие от мировых производителей в нем нет антигенов *M, N, S, s, P₁, Le^a, Le^b*. Становится обязательным наличие антигенов *Lu^a* и *Lu^b*, антитела к которым не считаются клинически значимыми.

Парадокс третий. При переливании крови, не подвергнутой лейкоредукции, Правила предписывают использовать микрофильтр, обеспечивающий удаление микроагрегатов диаметром более 30 мкм, тогда как во всем мире принято переливать кровь через фильтр с диаметром пор 170 мкм.

Микроэмболию донорской кровью исследовали 50 лет назад (с тех пор измени-

лись и гемоконтейнеры и гемоконсерванты). Было показано, что размер основной массы микроэмболов менее 30–25 мкм. Метода определения микроагрегатов не существует.

Клиника не может проверить, задержал ли что-нибудь микрофильтр, не попадают ли части микрофильтра в вену пациента. Неизвестно, как микрофильтры влияют на детей. Микрофильтры задерживают тромбоциты и гранулоциты.

Наконец, на мировом рынке микрофильтров есть изделия, удаляющие микроагрегаты более 40 мкм, а о микроагрегатах размером 30 мкм пишет единственный отстоявший свою уникальность в суде российский производитель – обладатель патента на полезную модель № 89955 «Устройство для переливания крови и ее компонентов с микрофильтром, соединенным с капельницей при помощи трубки»¹.

Парадокс четвертый. При множественных трансфузиях у лиц с отягощенным трансфузионным анамнезом переливание крови предписано проводить с использованием лейкоцитарных фильтров. Однако данная процедура представляется избыточной, если лейкодеплеция выполнена при приготовлении компонентов крови.

Лейкоцитарные фильтры индуцируют гипотензивные реакции http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Lavee%20J%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=11448805 (из-за чего запрещены в Великобритании) и увеличивают частоту послеоперационных инфекций. При применении отдельных моделей лейкофильтров наблюдали геморрагический конъюнктивит и другие поражения глаз, обусловленные попаданием в кровь целлюлозы фильтра <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Alonso-Echanove%20>

¹ Заявка № 2009125453, приоритет полезной модели 03.07.2009, зарегистрирован в Государственном реестре полезных моделей РФ 27.12.2009, срок действия патента истекает 03.07.2019

J%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=17080369.

Стоит отметить, что ни одно из приведенных выше положений не содержится ни в одном стандарте медицинской помощи, на основе которых организуется медицинская помощь в РФ.

Анахронизмы и смысловая путаница

В Правилах используется устаревшее обозначение фенотипа системы ABO (с римскими цифрами в скобках).

Ложен тезис (п. 34 Правил): «Трансфузия (переливание) эритроцитной массы, обедненной лейкоцитами и тромбоцитами, осуществляется с целью профилактики аллоиммунизации лейкоцитарными антигенами, рефрактерности к повторным переливаниям тромбоцитов». Упомянутая эритроцитная масса, обедненная лейкоцитами и тромбоцитами, исключена из номенклатуры компонентов крови, в которой есть отмытые эритроциты. Их применяют для пациентов с аллергическими реакциями на белки плазмы. Для профилактики аллоиммунизации лейкоцитарными антигенами, рефрактерности к повторным переливаниям тромбоцитов используют лейкодеплецию.

Важно » Запрещается трансфузия (переливание) донорской крови и (или) ее компонентов, не обследованных на маркеры вирусов иммунодефицита человека, гепатитов В и С, возбудителя сифилиса, группу крови по системе ABO и резус-принадлежность (ст. 5 Правил). Поскольку ничего другого не указано, получается, что можно переливать компоненты крови, не обследованные на наличие аллоиммунных антиэритроцитарных антител, а также компоненты крови, имеющие неспецифические свойства эритроцитов и (или) плазмы ■

Пробирки с кровью для лабораторных исследований теперь должны быть

маркированы с указанием фамилии и инициалов реципиента, номера медицинской документации, отражающей состояние здоровья реципиента, наименования отделения, где проводится трансфузия (переливание) донорской крови и (или) ее компонентов, групповой и резус-принадлежности и даты взятия образца крови (ст. 10 Правил). Но ведь кроме пробирки есть еще и направление на исследование, где указаны те же самые сведения для регистратора лаборатории. Пробирка маркируется с тем, чтобы ее не перепутать. Обычно для этого достаточно двух уникальных идентификационных признаков.

По сравнению с другими развитыми странами существенно сужен выбор эритроцитов (табл. 2) и тромбоцитов (табл. 3) в отсутствие доз идентичного фенотипа.

Срок хранения эритроцитов для переливания детям ограничен для профилактики гиперкалиемии (калий выходит из донорских эритроцитов). В связи с этим не ясно, почему ограничение срока хранения облученных компонентов не касается эритроцитной взвеси (массы), обедненной лейкоцитами (ст. 38 Правил). При риске гиперкалиемии у реципиента британские коллеги хранят облученные эритроциты не более 24 часов или отмывают перед переливанием http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Treleaven%20J%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21083660.

Дикумарин, передозировку которого предлагается лечить плазмой, не зарегистрирован в России как лекарственное средство.

Излишней является ст. 48 Правил: «для повышения безопасности гемотрансфузий, снижения риска переноса вирусов, вызывающих инфекционные заболевания, предупреждения развития реакций и осложнений, возникающих в связи с трансфузией (переливанием) донорской

Таблица 2

Предпочтительный выбор ABO-резус-D-совместимых доз эритроцитов в Нидерландах

Реципиент	Выбор эритроцитов донора							
	1-й	2-й	3-й	4-й	5-й	6-й	7-й	8-й
О пол	О пол	О отр						
О отр	О отр							
А пол	А пол	А отр	О пол	О отр				
А отр	А отр	О отр						
В пол	В пол	В отр	О пол	О отр				
В отр	В отр	О отр						
AB пол	AB пол	AB отр	А пол	А отр	В пол	В отр	О пол	О отр
AB отр	AB отр	А отр	В отр	О отр				

Таблица 3

Предпочтительный выбор ABO-Резус-D-совместимых доз тромбоцитов в Нидерландах

Реципиент	Выбор тромбоцитов донора			
	1-й	2-й	3-й	4-й
О	О	В или А		
А	А	О	В*	
В	В	О	А*	
AB	(AB)	А	В	О

* Нужна консультация заведующего отделением переливания крови.

крови и (или) ее компонентов, используют свежемороженную плазму карантинизированную (или) свежемороженную плазму вирус (патоген)-инактивированную». В соответствии с техническим регламентом никакие другие виды плазмы не могут быть переданы в российскую клинику.

Криопреципитатом предлагают лечить гемофилию. В современной России это может быть актуально только для иностранцев, не обеспеченных препаратами VIII фактора.

Не определено, при какой гипофибриногенемии, когда и как надо переливать криопреципитат.

Предлагаемый расчет терапевтической дозы тромбоцитов (ст. 52 Правил) наивен – доза тромбоцитов стандартна, она определена техническим регламентом.

Важно > Фраза: «конкретные показания к трансфузии (переливанию) тромбоцитов определяет лечащий врач» (ст. 53 Правил) создает условия для отказа страховых компаний в оплате случаев необходимого переливания тромбоцитов ■

В аналогичных германских правилах на 19 страницах подробно описано целевое значение концентрации тромбоцитов для всех клинических ситуаций, в которых возможно их переливание. Было бы правильно учесть результаты последних доказательных исследований – PLADO (Prophylactic PLAtelet Dose study) http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Slichter%20SJ%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=20164484, SToP (Strategies for the Transfusion of Platelets study) и TOPPS (Trial Of Prophylactic Platelets Study) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

pubmed?term=Stanworth%20SJ%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=23656642.

Разными словами описано одно и то же явление – «увеличение количества циркулирующих тромбоцитов через 1 час после окончания трансфузии (переливания)» и «превышения их исходного числа через 18–24 часа» (ст. 56 Правил). Эти два феномена предлагают считать лабораторными признаками эффективности переливания тромбоцитов. Классически рефрактерность к тромбоцитам определяется иначе – как значение скорректированного прироста тромбоцитов менее 7500 при двух последовательных трансфузиях.

Выражение «агранулоцитоз и ДВС-синдром, осложненные сепсисом» (ст. 58 Правил) противоречит принципам формулировки диагноза.

Правила игнорируют и альтернативы переливания крови, и современные трансфузиологические технологии (в частности, взвешивающий раствор для тромбоцитов, без которого тромбоциты взвешены в плазме, содержащей регулярные антитела анти-А и анти-В). Соответственно правило, согласно которому «в экстренных случаях при отсутствии одноклассных тромбоцитов допускается переливание тромбоцитов O(I) группы реципиентам других групп крови» (ст. 59 Правил) чревато гемолизом у реципиента группы АВ.

Много вопросов вызывает ст. 61 Правил, согласно которой «для повышения безопасности трансфузий тромбоцитов переливаются тромбоциты, обедненные лейкоцитами вирус (патоген)-инактивированные». Значит ли это, что тромбоциты, не прошедшие инактивацию патогенов, по-прежнему можно переливать?

Аферезные гранулоциты сразу по получении нужно перелить (ст. 64 Правил), но до отмены 18-часовой задержки начала серологического скрининга инфекций в крови донора сделать это невозможно.

Важно ➤ Протокол переливания крови игнорирует наличие разных компонентов крови, универсален и предполагает лишь регистрацию показателей красной крови. То есть при переливании плазмы / криопреципитата, тромбоцитов и гранулоцитов соответствующий мониторинг концентрации и активности факторов свертывания крови и тромбоцитов, а также динамику концентрации гранулоцитов нужно фиксировать в некоем неопределенном дополнительном протоколе ■

Предлагаемый протокол увеличивает бессмысленную нагрузку на врача, поскольку предлагается переписать с этикетки:

- «данные с этикетки контейнера с кровью и (или) ее компонентом;
- наименование компонента крови;
- наименование организации, заготовившей донорскую кровь и (или) ее компоненты;
- дату заготовки донорской крови и (или) ее компонентов;
- срок годности донорской крови и (или) ее компонентов;
- номер контейнера донорской крови и (или) ее компонентов;
- объем донорской крови и (или) ее компонентов (мл);
- код донора крови и (или) ее компонентов (Ф. И. О. донора);
- группу крови донора крови и (или) ее компонентов;
- резус-принадлежность донора крови и (или) ее компонентов».

При этом совершенно не ясно, что нужно вносить в п. 17 протокола. Для идентификации трансфузионной среды в протоколе достаточно указать номер дозы (поскольку все остальные данные зарегистрированы в журналах отделения переливания крови). Указать фамилию донора невозможно, поскольку его персональные данные защищены и на этикетке крови написан только его номер.

Удивительно, что подробно переписав в протокол данные с этикетки, врач должен еще и вклеить в него эту этикетку. Не ясно, какой метод биологической пробы указывать в п. 30 протокола, если существует всего один метод проведения этой пробы. Септический шок от введения инфицированных коллоидных растворов неправомерно отнесен к трансфузионным реакциям.

Статьей 12 Правил отменена проба с полиглюкином/желатином – как это сделано во всем мире. Четко определено, что при совпадении результатов первичного и подтверждающего определения группы крови по системе АВО, резус-принадлежности, фенотипа донора и реципиента, а также сведений об отсутствии у реципиента антиэритроцитарных антител врач перед переливанием эритроцитсодержащих компонентов при контрольной проверке определяет группу реципиента и донора крови по системе АВО и выполняет только одну пробу на индивидуальную совместимость – на плоскости при комнатной температуре. Однако в ст. 25, 26 и 74 ему вновь вменяется в обязанность проведение пробы с полиглюкином.

«Размножение» отчетов

Правила рекомендуют учитывать субклинические формы трансфузионных реакций, не объяснив, как их выявить и что это такое. Всего предусмотрено четыре вида сообщений о трансфузионной реакции:

1) незамедлительное уведомление о реакциях и осложнениях, возникших у реципиентов в связи с трансфузией (переливанием) донорской крови и (или) ее компонентов, по образцу, рекомендуемому обсуждаемым приказом, руководителя организации, которая заготовила и поставила донорскую кровь и (или) ее компоненты;

2) не позднее чем через пять рабочих дней с момента выявления реакции

ПРИНЯТЫЕ ПРАВИЛА НУЖДАЮТСЯ В СЕРЬЕЗНОЙ КОРРЕКЦИИ: В УДАЛЕНИИ «БАЛЛАСТНЫХ» ФРАЗ И ПОВТОРОВ, В ИСКЛЮЧЕНИИ ЯВНО «ЛОББИСТСКИХ» ЭЛЕМЕНТОВ, ОТМЕНЕ УСТАРЕВШИХ ПОЛОЖЕНИЙ И ДОБАВЛЕНИИ ДОКАЗАТЕЛЬНЫХ ПАРАМЕТРОВ ГОМЕОСТАЗА.

и (или) осложнения оповещение об этом ФМБА России;

3) в течение десяти дней с момента выявления посттрансфузионного осложнения направление учетной формы № 265/у «Извещение о посттрансфузионном осложнении» в территориальную комиссию по профилактике посттрансфузионных осложнений при органе управления здравоохранением субъекта РФ, а также направление извещения о посттрансфузионных осложнениях, повлекших угрозу для жизни пациента (летальные случаи, гемолитические осложнения, посттрансфузионные инфекции, другие тяжелые осложнения) в Центральную комиссию по профилактике посттрансфузионных осложнений Минздрава России;

4) немедленное сообщение о трансфузионной реакции в местные органы здравоохранения и главному врачу региональной станции переливания крови по схеме, утвержденной приказом Министра здравоохранения СССР № 407 от 31 мая 1966 г.

На наш взгляд, такая большая бюрократическая работа может быть причиной сокрытия трансфузионных реакций.

«Балластные» нормы

Согласно Правилам «формирование запаса донорской крови и (или) ее компонентов осуществляется в соответствии с порядком, который устанавливается в соответствии с ч. 6 ст. 16 Федерального закона от 20.06.2012 № 125-ФЗ «О донорстве крови и ее компонентов». Однако

указанная статья определяет, что «норматив указанного запаса донорской крови и (или) ее компонентов, порядок его формирования и расходования устанавливаются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения». Тем самым создана кольцевая отсылка без содержательного текста о запасе крови.

Термин «трансфузия (переливание)» в тексте Правил встречается 149 раз, а «донорская кровь и (или) ее компоненты» – 152 раза. Столь частое их употребление вряд ли соответствует рекомендации¹: «Текст документа излагается русским литературным языком с учетом особенностей официально-делового стиля, вида документа и его назначения в управленческой деятельности. Содержание документа должно быть изложено кратко, логично, точно и ясно».

Множественно повторяемое в документе уточнение «трансфузии (переливания)» раздражает профессионалов, для которых трансфузии являются постоянной и важной составляющей их работы. Они знают, что такое трансфузия! Переливают только кровь – от одного человека другому. Солевые и другие растворы не переливают (как написано в ст. 16 Правил), а вливают. Трансфузионные среды перечислены в техническом регламенте (и кровь, и ее компоненты, без всякого противопоставления) – их можно обозначить одним словом.

Итак, Правила нуждаются в серьезной коррекции: в удалении множества «балластных» фраз и повторов, в исключении явно «лоббистских» элементов и путаницы относительно применения компонентов крови, отмене устаревших

положений и добавлении доказательных параметров гомеостаза, которых следует достигать в различных клинических ситуациях в результате менеджмента крови пациента.

Список использованной литературы

1. Правила назначения компонентов крови Российской ассоциации трансфузиологов. <http://transfusion.ru/2007/09-04-1.html>.
2. Головин Г.В., Дуткевич И.Г., Декстер Б.Г., Ментешашвили С.М. Руководство по трансфузиологии для врачей отделений переливания крови больниц. – М.: Медицина, 1975. – 234 с.
3. Донсков С.И., Мороков В.А. Группы крови человека. – М.: ИП «Скорыходов В.А.», 2011. – 1016 с.
4. Жибурт Е.Б. К внедрению лейкоцитарных фильтров // Трансфузиология. 2000. № 1. С. 83–97.
5. Жибурт Е.Б., Баховадинов Б.Б. Больничный трансфузиологический комитет. – Душанбе: Мир полиграфии, 2010. – 277 с.
6. Жибурт Е.Б., Вергопуло А.А. Концепция приказа Минздравсоцразвития России «О развитии клинической трансфузиологии» // Менеджер здравоохранения. 2008. № 9. С. 28–31.
7. Жибурт Е.Б., Вергопуло А.А., Губанова М.Н., Филина Н.Г., Шестаков Е.А. Развитие клинической трансфузиологии // Вестник службы крови России. 2008. № 2. С. 11–20.
8. Жибурт Е.Б., Караваев А.В., Глазов К.Н., Шестаков Е.А. Особенности национального определения группы крови // Вестник Росздравнадзора. 2012. № 2. С. 66–68.
9. Жибурт Е.Б., Мадзаев С.Р. Особенности национальной оплаты донорства крови // Менеджер здравоохранения, 2013, № 8. – С. 27–32. – <http://transfusion.ru/2013/08-26-2.pdf>.
10. Жибурт Е.Б., Мадзаев С.Р. Проблемы реализации технического регламента о безопасности крови // Правовые вопросы в здравоохранении, 2013. № 4. С. 60–67.
11. Жибурт Е.Б., Попова В.И., Иванова И.В., Рейзман П.В. Скрининг антиэритроцитарных

¹ Методические рекомендации по разработке инструкций по делопроизводству в федеральных органах исполнительной власти (утв. приказом Росархива от 23.12.2009 № 76).

антител и другие практические вопросы иммуносерологии // Трансфузиология. 2004. Т. 5. № 4. С. 72–79.

12. *Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В.* Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов: Справочник. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008. – 424 с.

13. *Мутерев Г.Ю.* Персональное сообщение. – <http://transfusion.ru/2013/09-09-1.pdf>.

14. *Пестун А.Ф., Русанова Н.А., Суханов Ю.С.* Микрофильтрация крови // Вестник службы крови России. 2001. № 4.

15. *Скудицкий А.Е.* Персональное сообщение. – <http://transfusion.ru/2013/09-11-1.pdf>.

16. AABB Technical Manual, 16th ed. – Bethesda: AABB, 2008. – 1002 p.

17. *Alonso-Echanove J., Sippy B.D., Chin A.E. et al.* Nationwide outbreak of red eye syndrome associated with transfusion of leukocyte-reduced red blood cell units. – *Infect Control Hosp Epidemiol*, 2006, Vol. 27, № 11. P. 1146–1152.

18. Blood Components Reference Manual. Section B. Administrative guidelines. I.3. Microaggregate filters. – http://www.psbcc.org/bcrm/pdf/King_County_SectionB_123_RevA.pdf.

19. Blood transfusion guideline. – CBO: Utrecht, 2011. – 398 p.

20. *Carson J.L., Grossman B.J., Kleinman S. et al.* Red blood cell transfusion: a clinical practice guideline from the AABB. – *Ann Intern Med*, 2012, Vol. 157, № 1. P. 49–58.

21. Cross-Sectional Guidelines for Therapy with Blood Components and Plasma Derivatives (4th revised edition, 2008). – German Medical Association. – 204 p. – http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Querschnittsleitlinie_Gesamtdokument-englisch_07032011.pdf.

22. *Delaflor-Weiss E., Mintz P.D.* The evaluation and management of platelet refractoriness and alloimmunization. – *Transfus Med Rev*, 2000, Vol. 14, № 2. P. 180–196.

23. Developing a National Policy and Guidelines on the Clinical Use of Blood. – WHO, 2001. – 27 p.

24. *Garancini M., Degrate L., Carpinell M. et al.* Impact of pre-storage and bedside filtered leukocyte-depleted blood transfusions on infective morbidity after colorectal resection: a single-center analysis of 437 patients. – *Surgical Infections*, 2013, Vol. 14, № 4. P. 374–380.

25. Guidelines for pre-transfusion compatibility procedures in blood transfusion laboratories. British committee for standards in haematology. – http://www.bcshguidelines.com/documents/Compat_Guideline_for_submission_to_TTF_011012.pdf.

26. *Heddle N.M., Cook R.J., Tinmouth A. et al.* A randomized controlled trial comparing standard- and low-dose strategies for transfusion of platelets (SToP) to patients with thrombocytopenia. – *Blood*, 2009, Vol. 113, № 7. P. 1564–1573.

27. *Lavee J., Paz Y.* Hypotensive reactions associated with transfusion of bedside leukocyte-reduction filtered blood products in heart transplanted patients. – *J Heart Lung Transplant*, 2001, Vol. 20, № 7. P. 759–761.

28. *Liumbruno G., Bennardello F., Lattanzio A. et al.* Recommendations for the transfusion of plasma and platelets. – *Blood Transfus*, 2009, Vol. 7, № 2. P. 132–150.

29. *Slichter S.J., Kaufman R.M., Assmann S.F. et al.* Dose of prophylactic platelet transfusions and prevention of hemorrhage. – *N Engl J Med*, 2010, Vol. 362, № 7. P. 600–613.

30. *Stanworth S.J., Estcourt L.J., Powter G. et al.* A no-prophylaxis platelet-transfusion strategy for hematologic cancers. – *N Engl J Med*, 2013, Vol. 368, № 19. P. 1771–1780.

31. *Treleaven J., Gennery A., Marsh J. et al.* Guidelines on the use of irradiated blood components prepared by the British Committee for Standards in Haematology blood transfusion task force. – *Br J Haematol*, 2011, Vol. 152, № 1. P. 35–51.

Клинические рекомендации и стандарты медицинской помощи

Ключевые слова

медицинские услуги, стандартизация, клиническая практика

И.В. Самородская,
д-р мед. наук, проф.



Написать автору
WWW.ZDRAV.RU

ДОКУМЕНТЫ, УСТАНОВЛИВАЮЩИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ, СУЩЕСТВУЮТ В ТОМ ИЛИ ИНОМ ВИДЕ ОЧЕНЬ ДАВНО. ТЕ, ЧТО МЫ НАЗЫВАЕМ «КЛИНИЧЕСКИМИ РЕКОМЕНДАЦИЯМИ», ПОДГОТОВЛЕННЫМИ С УЧЕТОМ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ, ПОЛУЧЕННЫХ В РЕЗУЛЬТАТЕ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИ КОРРЕКТНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ, СТАЛИ СОЗДАВАТЬСЯ В США, АВСТРАЛИИ, ВЕЛИКОБРИТАНИИ И РЯДЕ ДРУГИХ СТРАН ОКОЛО 20 ЛЕТ НАЗАД.

НЕКОТОРЫЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ СООБЩЕСТВА НАЗЫВАЮТ ТАКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ СТАНДАРТАМИ. ТАК, СТРУКТУРА СТАНДАРТА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ, ПОДГОТОВЛЕННАЯ АМЕРИКАНСКОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ АССОЦИАЦИЕЙ, ПОЧТИ АНАЛОГИЧНА КЛИНИЧЕСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ СООБЩЕСТВ КАРДИОЛОГОВ, СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ И ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ХИРУРГОВ ПО ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ИБС.

КАК БЫ НИ НАЗЫВАЛИСЬ ТАКИЕ ДОКУМЕНТЫ, ОНИ НЕ ИМЕЮТ НИЧЕГО ОБЩЕГО СО СТАНДАРТАМИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, УТВЕРЖДАЕМЫМИ МИНЗДРАВРОМ РОССИИ.

Клинические рекомендации – это документы, призванные помочь организаторам здравоохранения, врачам и потребителям медицинских услуг (пациентам) в принятии решений.

Врачу они должны помогать с выбором тактики лечения в определенных клинических условиях. Именно выбирать, поскольку почти всегда имеются альтернативные тактики ведения больного, и каждая из них имеет свои достоинства и недостатки. Например, указание в клинических рекомендациях по ведению больных стенокардией на то, что преимущества какого-либо статина перед другими в отношении снижения риска сердечно-сосудистых событий не доказаны, позволяет врачу рекомендовать лекарственный препарат в зависимости от индивидуальных особенностей пациента и его финансовых возможностей. А выбирая между консервативным и оперативным лечением, врач и больной должны принять во внимание указание в клинических рекомендациях на то, что в первом случае есть риск ухудшения состояния (возникновения осложнений)

НАШ ЦЕНТР УЖЕ ПОДГОТОВИЛ МНОЖЕСТВО СТАНДАРТОВ ПО КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИМ ОПЕРАЦИЯМ. ВАЖНО, ЧТОБЫ СТАНДАРТЫ ВЫПОЛНЯЛИСЬ НА ВСЕХ УРОВНЯХ – ЭТО БЫСТРО ИЗМЕНИТ КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.

Л.А. Бокерия, главный кардиохирург Минздрава России

или наступления смерти) в будущем, а во втором такой риск существует в настоящее время.

Важно ▶ Лицам, принимающим решения в сфере управления системой здравоохранения, клинические рекомендации должны помогать в выборе проектов программ, которые обеспечат наилучшие результаты в плане общественного здоровья ■

На их основе правительство сможет определить, что именно следует или не следует финансировать из общественных фондов в условиях дефицита ресурсов. Например, Американская рабочая группа по профилактическим мероприятиям (которая относится к органам, принимающим решения на политическом уровне), считает нецелесообразным массово использовать такие скрининговые стратегии, как ЭКГ-тест с нагрузкой и УЗИ сонных артерий.

Тем, кто платит за медицинские услуги, клинические рекомендации должны помочь в ограничении избыточных назначений (то есть тех, которые не ведут к улучшению состояния здоровья пациента). Предполагается, что виды и объемы медицинской помощи должны быть согласованы между плательщиками и поставщиками услуг на основе степени обоснованности показаний к вмешательствам (таблица). Наличие в клинических рекомендациях указания на отсутствие доказательств эффективности какого-либо метода лечения позволяет не включать такой метод в перечень услуг, оплачиваемых из средств общественного здравоохранения. Плательщик, заключая договор с медицинским учреждением, указывает на возможность компенсации затрат на вмешательства, которые входят в группы I, или I и IIa. Если специалисты клиники все же считают целесообразным вмешательство из групп IIb и III, такое лечение должно быть

Оценка рисков



НЕОПРЕДЕЛЕННОСТЬ СООТНОШЕНИЯ УТВЕРЖДЕННЫХ СТАНДАРТОВ И КЛИНИЧЕСКИХ ПРОТОКОЛОВ



В СТАНДАРТАХ ОТСУТСТВУЕТ РЯД МЕТОДИК И ГРУПП ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ, РЕКОМЕНДУЕМЫХ К ПРИМЕНЕНИЮ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ СООБЩЕСТВАМИ ВРАЧЕЙ



ОТСУТСТВИЕ МЕТОДИКИ СОПОСТАВЛЕНИЯ СТАНДАРТОВ И РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ НЕ ПОЗВОЛЯЕТ АКТУАЛИЗИРОВАТЬ ТРЕБОВАНИЯ К ОКАЗАНИЮ ЛЕЧЕБНЫХ И ДИАГНОСТИЧЕСКИХ УСЛУГ И КОНТРОЛИРОВАТЬ КАЧЕСТВО ОКАЗЫВАЕМОЙ ПОМОЩИ

предварительно согласовано с плательщиком. В противном случае плательщик может не оплатить предоставленные медицинские услуги или применить штрафные санкции. Именно отсутствие доказательств, обоснование экспертным мнением необходимости того или иного вида помощи, условий оказания медицинских услуг, характеристики популяционных групп, которым показаны те или иные виды скрининга или лечения обычно приводит к проблемам в согласовании перечня оплачиваемых услуг. Например, в США жаркие споры вокруг реформы здравоохранения, предложенной Б. Обамой, во многом обусловлены именно этими проблемами.

Разные профессиональные сообщества используют несколько различающиеся градации доказательств, но в целом методика составления клинических рекомендаций предполагает, что каждое вмешательство расценивается с точки зрения его необходимости, полезности (бесполезности) или возможного вреда для здоровья пациента.

Нужно понимать, что очень часто количество доказательств «А» недостаточно для составления рекомендаций. Во-первых, со временем данные проведенных исследований устаревают. Во-вторых, многоцентровые исследования, проводимые в отношении сотен и тысяч пациентов, слишком дороги для того, чтобы правительства или фирмы-производители согласились регулярно их финансировать.

Важно ➤ При составлении рекомендаций не обойтись без ретроспективного анализа реальной клинической практики, без проведения небольших качественных контролируемых исследований и получения экспертного мнения. Поэтому многие позиции в клинических рекомендациях основаны на согласованном экспертном мнении и результатах небольших исследований ■

Методика подготовки клинических рекомендаций, принятых в других экономически развитых странах, не получила широкого распространения в практике отечественного здравоохранения. Причина – отсутствие соответствующих структур и финансирования независимых аналитических исследований, обобщающих результаты множества исследований по разным направлениям. В России профессиональные сообщества переводят и издают зарубежные (чаще европейские) клинические рекомендации, адаптированные к нашей действительности.

Предполагалось, что наиболее приспособленной к нуждам отечественного здравоохранения станет система стандартизации оказания медицинской помощи.

Разработка российских стандартов медицинской помощи

История создания стандартов медицинской помощи в РФ берет начало с приказа Минздрава России от 16.10.1992 № 277 «О создании системы медицинских стандартов (нормативов) по оказанию медицинской помощи населению Российской Федерации». В феврале 1998 г. была создана лаборатория проблем стандартизации в здравоохранении при ММА им. И.М. Сеченова, была разработана программа работ по развитию системы стандартизации в здравоохранении, начата подготовка отраслевых стандартов.

Методика создания отечественных стандартов предполагает создание экспертным путем:

- модели пациента (заболевание, форма, степень тяжести);
- перечня и кратности медицинских услуг, медикаментов и расходных материалов, используемых при ведении данной модели;
- перечня и кратности дополнительных медицинских услуг, медикаментов и расходных материалов, используемых при ведении данной модели.

Пример стандарта медицинской помощи

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа	Международное непатентованное наименование	Частота назначения	ОДД	ЭКД
Средства, влияющие на сердечно-сосудистую систему			1		
	<i>Антиангинальные средства</i>		1		
		Нитроглицерин	1	0,001 г	0,18 мг
		Изосорбид динитрат	0,5	120 мг	21600 мг
		Изосорбид мононитрат	0,5	62,5 мг	11250 мг
		Метилэтилпиридинола сукцинат	0,8	300 мг	18000 мг
Средства, влияющие на сердечно-сосудистую систему			0,3		
	<i>Антагонисты кальция</i>		1		
		Верапамил	0,2	0,4 г	72,0 г
		Дилтиазем	0,2	0,1 г	18,0 г
		Амлодипин	0,3	0,005 г	0,9 г
		Нифедипин	0,3	0,4 г	72,0 г
Анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты, средства для лечения ревматических заболеваний и подагры			0,6		
	<i>Наркотические анальгетики и нестероидные противовоспалительные средства</i>		1		
		Ацетилсалициловая кислота	1	0,1 г	18,0 г
Средства, влияющие на свертывающую систему крови			0,005		
	<i>Антиагреганты</i>		1		
		клопидогрел	1	75 г	13500 мг

В соответствии с Федеральным законом от 23.11.2011 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» стандарт медицинской помощи разрабатывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг и включает усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения медицинских услуг; лекарственных препаратов; изделий, имплантируемых в организм человека; компонентов крови; лечебного питания.

Безусловно, сам процесс создания стандартов как процедуры формализации медицинских терминов, понятий,

процессов диагностики и лечения является очень сложным. Бесспорно и то, что была проведена гигантская работа. Однако в итоге сложилась ситуация, про которую принято говорить: «хотели как лучше, а получилось, как всегда».

Важно ➤ Основой всех созданных стандартов стали медицинские услуги. Однако услуги, указанные в стандартах, не соответствуют основным понятиям, принятым в здравоохранении ■

Например, в классификаторе медицинских услуг существует сложная меди-

цинская услуга – осмотр кардиолога. В стандарт вместо нее включены «простые медицинские услуги»: пальпация, перкуссия, аускультация и прочие, являющиеся, по сути, отдельными фрагментами осмотра пациента (причем из стандарта исчезли такие компоненты осмотра, как пальпация и перкуссия печени, выявление периферических отеков, аускультация органов дыхания). В то же время и оперативное вмешательство рассматривается как «простая медицинская услуга», хотя она включает в себя множество действий врачей разных специальностей, медсестер, технического персонала.

По мнению создателей методики, основным критерием служит неделимость услуги. Однако и пальпация, и перкуссия, и определение пульса всегда считались частью осмотра врача. Кроме того, совершенно не ясно, почему измерение ЧСС и АД при оказании медицинской помощи кардиологом является самостоятельной простой медицинской услугой, а анестезиологом во время операции – частью простой услуги «операция».

В стандартах отсутствует ряд методик и групп лекарственных препаратов, рекомендуемых к применению профессиональными сообществами врачей. Вот только один пример: бета-блокаторы, гиполипидемические препараты, рекомендуемые при стабильной стенокардии всеми международными руководствами и рекомендациями Всероссийского научного общества кардиологов, по каким-то причинам отсутствуют в стандарте медицинской помощи больным со стабильной стенокардией.

С другой стороны, согласно рекомендациям Всероссийского научного общества кардиологов постоянное применение антиангинальных препаратов из группы пролонгированных нитратов не рекомендуется, а в соответствии со стандартом препараты из группы нитратов должны назначаться всем пациентам (см. пример).

Складывается впечатление, что рекомендации и стандарты составляли специалисты с диаметрально противоположными точками зрения на процесс лечения.

Сравнение стандартов с реальной клинической практикой

С учетом постоянного накопления опыта диагностики и лечения заболеваний, появления и развития технологий, необходимо периодическое сопоставление стандартов и реальной клинической практики. Однако такому сопоставлению препятствуют существующие различия в наименовании, содержании и принципе учета услуг.

В 2007 г. было проведено исследование¹ с целью сопоставления реальной клинической практики и стандартов медицинской помощи больным со стабильной стенокардией² при оказании амбулаторно-поликлинической и высокотехнологичной медицинской помощи (4054 пациента, пролеченных в поликлинике № 195 г. Москвы в период с 01.01.2007 по 25.06.2007 г., и 260 пациентов, пролеченных в НЦССХ им. А.Н. Бакулева с 01.01.2006 по 31.12.2006).

Из 66 наименований услуг, оказанных больным со стабильной стенокардией в поликлинике, со стандартом совпали 12 (18,1%). Особые проблемы при сопоставлении создавало предписанное стандартом дробление осмотра врача на ряд «простых» медицинских услуг: аускультацию, измерение пульса и т. п. (интересно, что в стандарте нет такой услуги, как «консультация кардиолога», но есть «консультация невролога»).

¹ Бокерия Л.А., Стулаков И.Н., Самородская И.В., Фуфаев Е.Н., Афанасьева Е.Ю. Некоторые проблемы сопоставления стандартов с реальной клинической практикой с помощью информационных систем. «Проблемы стандартизации в здравоохранении». 2008. № 2. С. 13–18.

² Утв. приказами Минздравсоцразвития России от 22.11.2004 № 229 и от 06.09.2005 № 551 (изданный в отношении высокотехнологичной медицинской помощи, действовавший в этот период).

Обычно в поликлинике больные сначала попадают на прием к терапевту, а он, по мере надобности, направляет некоторых из них к кардиологу. В соответствии со стандартом на этапе диагностики частота предоставления таких услуг, как аускультация, измерение АД, перкуссия, и их среднее количество составляют 1,0. Это не соответствует реальной практике, поскольку на этапе диагностики пациент посещает врачей разных специальностей и приходит к врачу не один раз (так как за первичным приемом следует повторный после получения результатов анализов или проведения инструментальных исследований).

Важно ➤ Логично предположить, что этап диагностики продолжается до момента завершения всех исследований, необходимых для установления диагноза. Отсутствие разграничений этапов диагностики и лечения в стандарте может приводить к неверным выводам при сравнении перечня и количества услуг ■

Аналогичным образом отличается от стандарта практика амбулаторно-поликлинического лечения. Среднее число услуг, связанных с осмотром пациента, в реальной практике равно 1,7; по стандарту – 2,0 (причем на практике частота обращения пациентов, нуждающихся в льготном лекарственном обеспечении, в среднем составляет 3,2 за полгода, а пациентов без аналогичных льгот – 0,8).

Стандарт оказания высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) сопоставлен с реальной клинической практикой только по отдельным наименованиям услуг: коронарографии, аорто-коронарному шунтированию (далее – АКШ), транслюминальной баллонной ангиопластике, стентированию коронарных артерий.

Наиболее существенные различия касались частоты выполнения коронарографии: в соответствии со стандартом – 0,5, в реальной практике – 0,9.

Важно ➤ Значительная разница частоты выполнения коронарографии свидетельствует о том, что стандарт медицинской помощи, составленный для условной модели пациента из общей популяции (даже нуждающегося в ВМП), не соответствует реальной клинической практике ведения пациентов, госпитализируемых в ведущих по кардиохирургическому профилю федеральный центр ■

Для стационарного лечения отбирают пациентов, которым с высокой степенью вероятности показано хирургическое лечение и соответственно проведение коронарографии. В стандарте не учтена вероятность выполнения одновременно с АКШ геометрического ремоделирования левого желудочка, трансмиокардиальной лазерной реваскуляризации миокарда, радиочастотной абляции, протезирования или пластики клапанов.

Аналогичным образом были проанализированы 3369 законченных случаев лечения¹ больных, которым было проведено 4849 высокотехнологичных медицинских вмешательств². При лечении 26 различных нозологических форм аритмий федеральными медицинскими учреждениями была оказана ВМП четырнадцати видов.

В трех стандартах по трем нозологиям продолжительность лечения составила 10 дней, еще в трех – 15 дней. На практике при всех нозологических формах продолжительность лечения различалась.

Имелось несоответствие в наименовании медицинских услуг, предусмотренных стандартом и перечнем ВМП. Так, стандартом предусмотрены хирургические вме-

¹ Самородская И.В., Перхов В.И. «Стандарты будут обязательными» – кто пострадает: врач или пациент? // Медвестник, 2008.

² Утв. приказом Минздравсоцразвития России от 07.05.2007 № 320 «Об оказании во II–IV кварталах 2007 г. высокотехнологичной медицинской помощи за счет средств федерального бюджета в федеральных медицинских учреждениях и в медицинских учреждениях, находящихся в ведении субъектов РФ и муниципальных образований».

ПОСТОЯННОЕ НАКОПЛЕНИЕ ОПЫТА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПОЯВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ ТЕХНОЛОГИЙ ТРЕБУЮТ ПЕРИОДИЧЕСКОГО СОПОСТАВЛЕНИЯ СТАНДАРТОВ И РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

шатательства 4 видов, в то время как на практике выполняются 14. Кроме видов ВМП, обычно применяемой для непосредственного лечения самой аритмии (имплантации электрокардиостимулятора, деструкции проводящих путей), пациентам, у которых в качестве основного диагноза зарегистрированы различные нарушения ритма, была оказана и такая ВМП, как установка стента, протезирование клапана, баллонная вазодилатация и др.

Важно ➤ Оценка качества медицинской помощи конкретному пациенту на основе частоты оказания медицинской услуги, например, 0,6, не представляется реальной ■

Например, если на практике услуга предоставлялась с частотой 0,7 – это плохо или хорошо? И что значит «хорошие» и «плохие» результаты? А как быть с теми видами ВМП, которые вообще в стандарте не упоминаются? Если стандарт предписывает более длительное лечение, нежели реально требуется, значит ли это, что врачи выписывают пациентов недолеченными?

На практике у одного и того же пациента в большинстве случаев имеется несколько заболеваний, лечение которых нельзя прерывать во время обострения какого-либо одного из них. Правильно ли сначала лечить пациента с несколькими заболеваниями и осложнениями по стандарту, основанному на одной модели пациента, а затем переходить к другой модели, к третьей... Выдержит ли пациент такое лечение?

Следует отметить, что сопоставление клинической практики со стандартами затруднено из-за отсутствия методики проведения такого анализа. Например, в анализируемый период один и тот же пациент мог поступить в стационар дважды или трижды. Не ясно, следует ли проводить сопоставление со стандартами на основе всех случаев госпитализации или нужно рассчитывать показатели на определенное число больных. Как упоминалось ранее, не разграничены указанные в стандарте этапы диагностики и лечения в условиях оказания медицинской помощи на амбулаторно-поликлиническом уровне.

Важно ➤ При наличии различий между реальной клинической практикой и стандартами отсутствуют критерии, позволяющие оценить, являются ли результаты диагностики и лечения по стандарту лучшими по сравнению со сложившейся практикой ведения пациентов – для отдельного пациента, группы больных, медицинского учреждения, системы здравоохранения в целом ■

Отсутствие методики сопоставления стандартов и реальной клинической практики, а также формирования оценочных критериев на основе такого сопоставления не позволяет установить требования к оказанию лечебных и диагностических услуг и контролировать качество оказываемой помощи. Безусловно, можно согласиться с мнением Министра здравоохранения В.И. Скворцовой в отношении ведения больных: «Врачи никогда не должны лечить по стандартам. Никогда. Они не для врачей, а совершенно для другого... Клинические протоколы, клинические рекомендации – это то, что лежит в основе».

(Продолжение следует)

Взаимосвязь между уровнями доказательств и классами рекомендаций по назначению определенного вида лечения

Уровни доказательности	Рекомендации класс I (польза >>> риск) Вмешательство должно быть выполнено / лечение назначено	Рекомендации класс IIa (польза >> риск) Для уточнения показаний необходимо проведение дополнительных исследований имеющие конкретные цели и задачи. На текущий момент целесообразно выполнить / назначить вмешательство / лечение	Рекомендации класс IIb (польза > = риск) Для уточнения показаний (и противопоказаний) необходимо проведение дополнительных исследований с более широкими целями. Полезно создание регистров. На момент издания рекомендаций вмешательство / лечение может быть назначено	Рекомендации класс III (риск >= польза) Вмешательство / лечение не следует выполнять оно неэффективно и может нанести вред
«А» Доказательства получены для широкой популяции пациентов на основании многочисленных рандомизированных клинических исследований и мета-анализов	Вмешательство / лечение полезно / эффективно, что доказано / подтверждено многочисленными рандомизированными исследованиями и мета-анализами	Больше данных свидетельствует в пользу того, что вмешательство / лечение полезно / эффективно. Имеются некоторые противоречивые данные многочисленных рандомизированных исследований или мета-анализов	Польза / эффективность вмешательства / лечения не доказана. В многочисленных рандомизированных исследованиях или мета-анализах получены большие противоречия	Вмешательство / лечение бесполезно / неэффективно и может нанести вред, что доказано / подтверждено многочисленными рандомизированными исследованиями и мета-анализами
«В» Доказательства получены для ограниченной популяции пациентов на основании отдельных рандомизированных и нерандомизированных исследований	Вмешательство / лечение полезно / эффективно, что доказано отдельными рандомизированными и нерандомизированными исследованиями	Больше данных свидетельствует в пользу того, что вмешательство / лечение полезно / эффективно. Имеются некоторые противоречивые данные отдельных рандомизированных и нерандомизированных исследований	Польза / эффективность вмешательства / лечения доказана недостаточно точно. В отдельных рандомизированных и нерандомизированных исследованиях получены большие противоречия	Вмешательство / лечение бесполезно / неэффективно и может нанести вред, что доказано / подтверждено отдельными рандомизированными и нерандомизированными исследованиями
«С» Доказательства получены для очень ограниченной популяции пациентов на основе единого мнения экспертов, отдельных клинических случаев и принятых стандартов лечения	Вмешательство / лечение полезно / эффективно, что подтверждено лишь мнением экспертов, клиническими случаями и принятыми стандартами лечения	Больше данных свидетельствует в пользу того, что вмешательство / лечение полезно / эффективно. Имеются расхождения во мнениях экспертов, результатах клинических наблюдений и принятых стандартах лечения	Польза / эффективность вмешательства / лечения доказана недостаточно точно. Имеются расхождения во мнениях экспертов, результатах клинических наблюдений и принятых стандартах лечения	Вмешательство / лечение бесполезно / неэффективно и может нанести вред, что подтверждено только мнением экспертов, клиническими случаями и принятыми стандартами лечения

Продвижение лекарств: проблема никуда не исчезла

ключевые слова реклама лекарств, конфликт интересов, доказательная медицина

Л.Е. Зиганшина,
врач-клинич.
фармаколог высшей
категории, врач-
эксперт Росздравнад-
зора по клинич.
фармакологии

Т.Р. Абакумова,
доцент, канд. мед.
наук, врач-клинич.
фармаколог высшей
категории, врач-
эксперт Росздравнад-
зора по клинич.
фармакологии

Э.Г. Александрова,
ассистент, врач- экс-
перт Росздравнадзо-
ра по клинич.
фармакологии

В.Н. Хазиахметова,
доцент, канд. мед.
наук, врач-клинич.
фармаколог высшей
категории, врач- экс-
перт Росздравнадзора
по клинич. фармако-
логии

А.Ф. Титаренко,
доцент, канд. мед. наук,
врач-клинич. фармако-
лог высшей категории,
врач- эксперт
Росздравнадзора по
клинич.фармакологии

кафедра фундамен-
тальной и клинич.
фармакологии КФУ,
ФГАОУ ВПО «Казан-
ский (Приволжский)
федеральный
университет»

✉ Написать автору
WWW.ZDRAV.RU

ЛЕКАРСТВО – ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО, ИСПОЛЬЗУЕМОЕ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИЛИ ИЗМЕНЕНИЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА^{1,2,3}. ПРИНЦИП РАЦИОНАЛЬНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛЕКАРСТВ ПОДРАЗУМЕВАЕТ ИХ ПОЛУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОМ СТРОГО В СООТВЕТСТВИИ С ЕГО КЛИНИЧЕСКИМИ НУЖДАМИ, В ИНДИВИДУАЛЬНО ПОДОБРАННЫХ ДОЗАХ, В ТЕЧЕНИЕ АДЕКВАТНОГО ПЕРИОДА ВРЕМЕНИ, ПО САМОЙ НИЗКОЙ ДЛЯ НЕГО И ОБЩЕСТВА ЦЕНЕ.

КЛЮЧЕВАЯ РОЛЬ В ОБЕСПЕЧЕНИИ РАЦИОНАЛЬНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛЕКАРСТВ ПРИНАДЛЕЖИТ МЕДИЦИНСКИМ РАБОТНИКАМ (ВРАЧАМ И ПРОВИЗОРАМ), КОТОРЫЕ В КАЖДОМ КОНКРЕТНОМ СЛУЧАЕ ОЦЕНИВАЮТ ЛЕКАРСТВЕННУЮ ТЕРАПИЮ В ПЛАНЕ ПОТЕНЦИАЛЬНОЙ ПОЛЬЗЫ И ВРЕДА. ВАЖНЕЙШИМИ ЭЛЕМЕНТАМИ СТИМУЛИРОВАНИЯ РАЦИОНАЛЬНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛЕКАРСТВ ЯВЛЯЮТСЯ СИСТЕМА СТАНДАРТОВ ЛЕЧЕНИЯ (СОЗДАННЫХ НЕЗАВИСИМЫМИ ЭКСПЕРТНЫМИ ГРУППАМИ), ФОРМУЛЯРНАЯ СИСТЕМА⁴, МОНИТОРИНГ ПРАКТИКИ НАЗНАЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВ ВРАЧАМИ⁵ И РЕГУЛЯРНОЕ ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ МЕДИЦИНСКОГО И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ⁶.

В России в последнее время растет озабоченность ответственности по поводу тесной связи работников здравоохранения с фармацевтической промышленностью. В частности, речь идет о доминирующем влиянии фарминдустрии на принятие решений по назначению и отпуску лекарств, на принятие раз-

¹ Астахова А.В., Лепехин В.К. Неблагоприятные побочные реакции и контроль безопасности лекарств: руководство по фармаконадзору. – М.: Когито-Центр, 2004. – 200 с.

² Шайдуллина Л.Я., Зиганшина Л.Е. Клиническая фармакология – одна из стратегий всемирной организации здравоохранения в области рационального использования лекарственных средств // Казанский медицинский журнал, 2012, № 6 (93). – С. 916–920.

³ Зиганшина Л.Е., Ниязов Р.Р. Неэтичное продвижение лекарств фармацевтической индустрией – основной барьер к их рациональному использованию // Казанский медицинский журнал, 2013, № 2 (94). – С. 240–244.

⁴ Зиганшина Л.Е., Хазиахметова В.Н., Абакумова Т.Р., Александрова Э.Г. Ограничительные списки лекарственных средств, действующих на территории Республики Татарстан // Здравоохранение, 2012, № 2. – С. 68–79.

⁵ Александрова Э.Г., Зиганшина Л.Е. Рациональное использование лекарств – результаты анкетирования специалистов здравоохранения. Инновации в современной фармакологии: тез. докл. – Казань, 2012. – С. 8.

⁶ Burashnikova I.S., Ziganshina L.E., Ziganshin A.U. Attitudes to pharmaceutical promotion techniques among healthcare professionals in the Republic of Tatarstan, Russia // Internation Journal of Risk & Safety in M edicine 20 (2008), P. 57–71.

ДОВЕРИЕ К РЕКЛАМЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ УЖЕ ПРИВЕЛО К ПЕЧАЛЬНЫМ ПОСЛЕДСТВИЯМ. ПО ДАННЫМ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ ТОКСИКОЛОГОВ, БОЛЕЕ 60 ТЫС. РОССИЯН ЕЖЕГОДНО УМИРАЕТ ОТ САМОЛЕЧЕНИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ, РЕКЛАМУ КОТОРЫХ НАВЯЗЫВАЮТ ПОТРЕБИТЕЛЮ ПЕЧАТНЫЕ И ТЕЛЕВИЗИОННЫЕ СМИ.

А.В. Беляков, депутат Государственной Думы

личных документов, регламентирующих закупки, отпуск и использование лекарственных препаратов.

К сожалению, подавляющее большинство врачей рассматривают рекламу лекарств как основной источник медицинской информации. В этом и заключается главная проблема – ведь в рекламе либо вообще не указываются, либо приуменьшаются побочные эффекты, риски и противопоказания к назначению лекарственных препаратов. Реклама стимулирует назначение конкретного препарата как можно большему числу пациентов с единственной целью – повысить продажи для увеличения прибыли производителя и дистрибьютора.

В настоящее время фарминдустрия имеет наивысшую прибыль от вложения средств среди всех производственных отраслей. Так, в 2007 г. глобальные продажи лекарств достигли 712 млрд долларов США¹. К сожалению, этот процесс

сопровождается быстрым ростом цен на лекарства, который производители объясняют затратами на разработку и исследования.

Важно ➤ В реальности гораздо больше финансовых средств фармкомпаний вкладывается в рекламу и продвижение лекарств (стимулирование назначений), что надежно обеспечивает им получение прибыли ■

Свое мощное влияние фарминдустрия осуществляет через множество инструментов продвижения продукции. Это приводит к неоптимальному выбору лекарств, зачастую в ущерб здоровью пациентов². Особая роль отводится так назы-

¹ IMS Health (2008). Total U.S. promotional spend by type, 2008.

² Как распознавать продвижение лекарств и как к нему относиться. Практическое руководство, 1-е изд. / Совместный проект Всемирной организации здравоохранения и Международной программы действий для здравоохранения [электронный ресурс]. – <http://www.haiweb.org/11062009/drug-promotion-manual-CAP-3-090610.pdf> (дата обращения: 11.10.2013).

Оценка рисков



НЕКРИТИЧНОЕ ОТНОШЕНИЕ ВРАЧЕЙ К ИНФОРМАЦИИ, СОДЕРЖАЩЕЙСЯ В РЕКЛАМЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ



АКЦЕНТИРОВАНИЕ ВНИМАНИЯ ТОЛЬКО НА ПРЕИМУЩЕСТВАХ КОНКРЕТНОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА НЕ ПОЗВОЛЯЕТ ОЦЕНИТЬ ЕГО ОБЪЕКТИВНО



СТИМУЛИРОВАНИЕ ПОТРЕБЛЕНИЯ ЛЕКАРСТВ С ПОМОЩЬЮ АГРЕССИВНОЙ РЕКЛАМЫ НЕЗАВИСИМО ОТ РЕАЛЬНОЙ ПОТРЕБНОСТИ В ИХ НАЗНАЧЕНИИ

ваемым «нетрадиционным» методам продвижения (маркетинга)¹, а именно:

- спонсируемому фармацевтической индустрией последипломному медицинскому и фармацевтическому образованию (применяемому в основном зарубежными фармацевтическими компаниями);
- финансированию ключевых «лидеров мнений» в качестве «тяжелой артиллерии». Как правило, ведущие и наиболее авторитетные специалисты рассматриваются в качестве связующего звена между информационными источниками фармпроизводителя и конкретной целевой аудиторией, нуждающейся в ориентации в силу более низкого уровня компетентности. Безусловно, большинство врачей прислушиваются к мнению авторитетного «лидера мнений» и осуществляет свой профессиональный выбор на его основе;
- написанию журнальных статей без указания истинного авторства (теневому авторству);
- финансированию разработки стандартов диагностики и лечения;
- ориентации на болезнь – направлению, созданному фармкомпанией, и нацеленному на широкую общественность;
- клиническим исследованиям IV фазы – без ясных научных задач²;
- рекламе в Интернете;
- скидкам на лекарственные препараты, привязанным к объему продаж;
- учебным (фармпросветительским) конференциям и семинарам для врачей, а также перманентным презентациям препаратов при проведении профильных симпозиумов и конгрессов.

¹ Steinman M.A., Bero L.A. et al. Narrative Review: The Promotion of Gabapentin: An Analysis of Internal Industry Documents // *Annals Internal Medicine*, 2006, 145(4). – P. 284–293.

² Абакумова Т.Р., Хазиахметова В.Н., Зиганшина Л.Е. Клинический случай. Этические аспекты клинических исследований лекарственных средств у больных с рассеянным склерозом // *Клиническая фармакология и терапия*, 2010, № 6 (19). – С. 241–244.

Важно > Во всем мире³, и в России в частности⁴, реклама лекарственных средств является инструментом их продвижения, а не информирования⁵ медработников ■

К сожалению, врачи часто забывают простую истину: основная проблема современной экономики заключается не столько в производстве товара как такового, сколько в его сбыте, т. е. в увеличении числа сделок купли-продажи той или иной продукции.

Препятствием на этом пути служит ограниченное число потребителей, поэтому борьба за них характерна для различных товарных рынков, в том числе для рынка лекарственных средств⁶. Пытаясь завоевать рынок, фармацевтические компании прежде всего попирают этические принципы рекламирования лекарственных средств⁷.

Влияние фармацевтического маркетинга на врачебную практику и назначение лекарств широко обсуждаются в мире. В настоящее время в основу технологий продвижения лекарственных средств положена коррупционная тактика, хорошо описанная в зарубежных исследованиях⁸. Это приводит к нерациональному назначению лекарств, за что население расплачивается своим здоровьем, а государство – жизнями

³ Othman N., Vitry A., Roughead E. Quality of pharmaceutical advertisements in medical journals: a systematic review // *PLoS ONE*, 2009, Vol. 4, № 7. – P. 50–60. <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0006350> (дата обращения: 11.10.2013).

⁴ Vlasov V., Mansfield P., Lexchin J. et al. Do drug advertisements in Russian medical journals provide essential information for safe prescribing? // *West J. Med*, 2001, Vol. 174. – P. 391–394.

⁵ Othman N., Vitry A., Roughead E. Medicines information in medical journal advertising in Australia, Malaysia and the United States: a comparative cross-sectional study // *South Med. Rev*, 2010, Vol. 3, № 1. – P. 11–18.

⁶ Мохова И.Н. Проблемы продвижения лекарственных средств в России: правовой аспект // *Медицинское право*. – М.: Юрист, 2005, № 2. – С. 34–36.

⁷ Gitanjali B., Shashindran C., Tripathi K. et al. Are drug advertisements in Indian edition of *BMJ unethical*? // *BMJ*, 1997, Vol. 315. – P. 459.

⁸ Campbell E.G., Gruen R.L., Mountford J. et al. A national survey of physician-industry relationships // *Engl J Med*, 2007, Apr 26; 356(17):1742–50.

граждан и увеличением расходов на здравоохранение¹.

В своих статьях профессор школы управления и политики здравоохранения Йоркского университета J. Lexchin², автор многочисленных публикаций по теме поведения врачей в области назначения лекарств, неоднократно отмечал, что «особое беспокойство вызывают финансовые конфликты интересов (COI) между врачами и фармацевтической промышленностью. Финансовый конфликт интересов отличается от других типов конфликтов, так как является добровольным. Фармацевтические фирмы знают об этом и тратят миллиарды на продвижение лекарств с хорошим, с их точки зрения, эффектом. Компании также привлекают врачей, которые контролируют ключевые роли в обеспечении рационального использования лекарств, чтобы они “говорили” от имени компаний. Многие думают, что это не имеет значения для пациентов, но доказательства говорят об ином. По-прежнему наблюдаются многократные примеры финансового конфликта интересов, и несмотря на отдельные положительные моменты это все еще серьезная проблема».

Важно ➤ В России неэтичное продвижение лекарств принимает самые разнообразные формы и пока не встречает отпора в силу исторически сложившихся медицинских традиций и отсутствия критического отношения к рекламе, а также, отсутствия должной системы образования в этой области ■

Отечественные фармацевтические компании переняли и используют в худ-

шем исполнении все самые «грязные» приемы западного фармацевтического маркетинга.

Плачевное состояние, наблюдающееся при продвижении лекарств, было отмечено на выездном заседании Правительства Российской Федерации в октябре 2009 г.³: «В последние десятилетия в России сложилась явно ненормальная практика взаимоотношений между производителями лекарств, прежде всего между иностранными производителями и частью врачебного сообщества. Недопустима ситуация, когда фармацевтические концерны доплачивают специалистам за то, что они выписывают пациентам производимые ими препараты. Причем иногда для этого даже используются бланки рецептов, напечатанные фирмами-поставщиками. Производители спонсируют корпоративные мероприятия, разного рода семинары, в том числе с выездом на теплые моря. Такими мероприятиями охватываются у нас в России тысячи специалистов...

По сути, создаются или уже созданы глубокоэшелонированные системы лоббирования интересов крупных фармацевтических компаний. Эту порочную практику нужно прекратить. Необходимы законодательные запреты на подобного рода доходы и введение более жестких норм врачебной этики...

Надеюсь, что врачебное сообщество обратит на это внимание. Наконец, в экспертных советах по новым лекарствам не должны работать специалисты, которые получают денежное вознаграждение от производителей такой продукции. Конфликт интересов здесь абсолютно очевиден, а результат, как правило, очень плачевный. Как правило, такие члены экспертных советов не заботятся о качестве, а просто продвигают препарат той

¹ Зиганшина Л.Е., Низамов И.Г., Бурашникова И.С. и др. Инновационные подходы к определению лекарственной политики системы здравоохранения – формирование здорового отношения к неэтичному продвижению лекарств. Инновационные аспекты в научной, образовательной и практической медицине (сборник статей ученых ГОУ ДПО КГМА Росздрава). – Казань, «Слово», 2010. – С. 94–97.

² Lexchin J. Of money and trust in medical care redux SOCIOLOGY AND BIOMEDICINE Year, 2012, Vol. 10, Issue 1. – P. 143–149.

³ Стенограмма речи В.В. Путина на совещании в Зеленограде 9 октября 2009 г. Сайт по борьбе с фармбизнесом [интернет-сайт]. http://promedol.com/pr/basis/vv_putin_sleduet_izbavitsya_ot_farmpredstavitelei (дата обращения: 12.10.2013).

компании, от которой они получают денежное вознаграждение».

Важно ➤ Для противостояния продвижению фармкомпаниями лекарственных препаратов необходимо принимать контрмеры и, используя инновационные технологии, формировать у врачей (провизоров) здоровое, информированное отношение к маркетинговой политике фарминдустрии ■

Это поможет медикам более адекватно воспринимать рекламу, воздействию которой им приходится подвергаться, способствует правильному выбору лекарств в интересах здоровья больного, обеспечит высочайшее качество помощи, оказываемой пациенту.

Формирование у врачей (провизоров) информированного отношения к лекарствам, а также получение ими доступной, достоверной, а главное независимой, информации о лекарственных средствах и методиках – одна из важнейших задач здравоохранения на сегодняшний день. Существуют источники независимой информации о лекарствах и практические руководства, которые помогают правильно анализировать информацию, выявлять новые уловки, применяемые фармкомпаниями для оказания влияния на использование лекарственных средств.

Понимая, что все более агрессивное продвижение лекарств на мировой рынок является основным барьером для их рационального использования, ВОЗ еще в 1988 г. разработала этические критерии данной деятельности с целью поддержания и повышения качества здравоохранения^{1, 2}.

¹ Criteria for Medicinal Drug Promotion. World Health Organization [официальный сайт]. – <http://archives.who.int/tbs/promo/whozip08e.pdf> (дата обращения: 15.10.2013).

² Зиганшина Л.Е., Ниязов Р.Р. Незычное продвижение лекарств фармацевтической индустрией – основной барьер к их рациональному использованию // Казанский медицинский журнал, 2013, № 2 (94). – С. 240–244.

Важно ➤ Уникальным является руководство ВОЗ и Международного движения за здравоохранение (Health Action International) «Как распознавать продвижение лекарств и как к нему относиться» (2009), доступное и для русскоязычного населения³ ■

Это издание воспитывает в специалистах профессиональный скептицизм, критическое отношение к информации о лекарственных препаратах, получаемой из разных источников. Вышедшее в 2010 г. на английском (оригинал), испанском и русском языках, Руководство было переведено на французский. В октябре 2013 г. *Prescrire* – французский ежемесячный независимый журнал о лекарствах, лучший независимый лекарственный бюллетень в мире, – присудил этому Руководству приз (французская версия *Comprendre la promotion pharmaceutique et y répondre. Un manuel pratique*). В аннотации к выпуску отмечается, что «это драгоценный ресурс... чтобы понять существующее влияние фармацевтических компаний, подчеркивающий важность выбора надежных и независимых информационных источников в плане потенциальной пользы и вреда для пациента, обеспечивающий основной методологией, подтвержденной достоверными ссылками и исследованиями независимых команд, а также предлагающий практические решения для медицинских работников и студентов»⁴.

Важно ➤ Независимыми источниками информации о лекарствах могут также служить бюллетени разных стран, дающие лаконичные и достоверные реко-

³ Как распознавать продвижение лекарств и как к нему относиться. Практическое руководство, 1-е изд. / Совместный проект Всемирной организации здравоохранения и Международной программы действий для здравоохранения [электронный ресурс]. – <http://www.haiweb.org/11062009/drug-promotion-manual-CAP-3-090610.pdf> (дата обращения: 15.10.2013).

⁴ <http://www.prescrire.org/Fr/3/31/48737/0/NewsDetails.aspx> (дата обращения: 17.10.2013).

мендации в отношении новых медикаментов ■

Как правило, такие источники содержат актуальные сведения о неблагоприятных результатах применения и неадекватной стоимости этих лекарств, а также сравнивают их с другими препаратами явно не в пользу первых. Среди таких бюллетеней «Медицинское письмо» (The Medical letter)¹, «Международный вестник назначающего лекарства» (Prescrire International) – англоязычная версия французского лекарственного бюллетеня La revue Prescrire², «Письмо (от) назначающего лекарства (Prescribers Letter) и многие другие³.

Необходимо отметить, что сотрудниками кафедры клинической фармакологии КГМА – Казанского ГИДУВа, составившими впоследствии кафедру фундаментальной и клинической фармакологии Казанского (Приволжского) университета при поддержке UK DFID в сотрудничестве с Консорциумом по исследованиям в здравоохранении, возглавляемым профессором Полом Гарнером (Ливерпульский университет и Кокрейновская группа по инфекционным заболеваниям – Paul Garner, Liverpool University, Cochrane infectious disease group), был создан сайт «Рациональное использование лекарств» (<http://www.evidenceupdate-tatarstan.ru/>) для представления наилучших доказательств для принятия решений в здравоохранении, внедрения методологии проблемного преподавания клинической фармакологии и рациональной фармакотерапии, а также способствования антикоррупционной политике в сфере обращения лекарственных средств и дальнейшему раз-

АКТУАЛЬНОЙ ЗАДАЧЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ РАЗРАБОТКА СОБСТВЕННЫХ ПОДХОДОВ К РЕГУЛИРОВАНИЮ ПРОДВИЖЕНИЯ ЛЕКАРСТВ НА ОСНОВЕ НАКОПЛЕННОГО МИРОВОГО ОПЫТА И ЭТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ ВОЗ

витию новой технологии отбора и рационального использования лекарственных средств (формулярной системы).

Методология проблемного преподавания впервые была разработана в 1982 г. под руководством профессора T.P.G.M. de Vries на кафедре клинической фармакологии медицинского факультета Гронингского университета (Нидерланды) и успешно внедрена коллективом казанских клинических фармакологов в учебный процесс Казанской медицинской академии последипломного образования и Казанского федерального университета.

Важно ▶ С помощью сайта evidenceupdate-tatarstan.ru практикующие врачи и провизоры могут узнать о различных технологиях продвижения лекарств⁴, об их влиянии на практику использования лекарственных средств и здоровье населения, об этических аспектах, связанных с продвижением лекарств, получить независимые сведения о лекарствах, основанные на лучших из имеющихся доказательств⁵, воспользоваться базой данных нежелательных лекарственных реакций, быть в курсе последних тенденций развития мирового здравоохранения ■

Также сотрудниками кафедры фундаментальной фармакологии и фармакотерапии проводится большая работа по ра-

¹ <http://secure.medicalletter.org/> (дата обращения: 15.10.2013).

² <http://english.prescrire.org/en/Search.aspx> (дата обращения: 15.10.2013).

³ Как распознавать продвижение лекарств и как к нему относиться. Практическое руководство, 1-е изд. / Совместный проект Всемирной организации здравоохранения и Международной программы действий для здравоохранения [электронный ресурс]. – <http://www.haiweb.org/11062009/drug-promotion-manual-CAP-3-090610.pdf> (дата обращения: 11.10.2013).

⁴ Ziganshina L.E., Burashnikova I.S., Ziganshin A.U. The picture from 1/6th of the Globe: Who will be lucky to live in the future world? Effective Health Care Research Programme Consortium RPC no.7 Liverpool School of Tropical Medicine, Liverpool, UK. Annual Report for Year 3: April 2007 to March 2008.

⁵ Ziganshina L.E., Abakumova T.R., Kuchaeva A. Cerebrolysin for acute ischaemic stroke // Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 4. Art. No.: CD007026. DOI: 0.1002/14651858.CD007026.pub2. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.thecochranelibrary.com>

циональному использованию лекарств. В сотрудничестве с Кокрейновским сообществом (The Cochrane Collaboration) создаются систематические обзоры доказательного использования лекарственных средств (например, применения церебролизина при остром ишемическом инсульте, фармакотерапии туберкулеза)^{1, 2}.

¹ Ziganshina L.E., Titarenko A.F., Davies G.R. Fluoroquinolones for treating tuberculosis (presumed drug-sensitive). Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 6. Art. No.: CD004795. DOI: 10.1002/14651858.CD004795.pub4

² Ziganshina Lilla E., Tatyana Abakumova and Alexandra Kuchaeva. Cerebrolysin for acute ischaemic stroke. Cochrane Database of Systematic Review. Review content assessed as up-to-date. - anuary 07, 2010.

Список использованной литературы:

1. Абакумова Т.Р., Хазиахметова В.Н., Зиганшина Л.Е. Клинический случай. Этические аспекты клинических исследований лекарственных средств у больных с рассеянным склерозом // Клиническая фармакология и терапия, 2010, № 6 (19). – С. 241–244.

2. Александрова Э.Г., Зиганшина Л.Е. Рациональное использование лекарств – результаты анкетирования специалистов здравоохранения. Инновации в современной фармакологии: тез. докл. – Казань, 2012. – С. 8.

3. Астахова А.В., Лепяхин В.К. Неблагоприятные побочные реакции и контроль безопасности лекарств: руководство по фармаконадзору. – М.: Когито-Центр, 2004. – 200 с.

4. Зиганшина Л.Е., Низамов И.Г., Бурашникова И.С. и др. Инновационные подходы к определению лекарственной политики системы здравоохранения – формирование здорового отношения к неэтичному продвижению лекарств. Инновационные аспекты в научной, образовательной и практической медицине (сборник статей ученых ГОУ ДПО КГМА Росздрава). – Казань, «Слово», 2010. – С. 94–97.

5. Зиганшина Л.Е., Ниязов Р.Р. Неэтичное продвижение лекарств фармацевтической индустрией – основной барьер к их рациональ-

Таким образом, с учетом высоких государственных расходов на лекарственные средства³ актуальной задачей становится разработка собственных подходов к регулированию их продвижения как элемента лекарственной политики на основе накопленного мирового опыта и этических критериев ВОЗ о продвижении лекарственных средств на рынок.

³ Зиганшина Л.Е., Титаренко А.Ф., Ниязов Р.Р. Анализ потребления лекарств и рациональности расходования бюджетных средств в рамках программы дополнительного лекарственного обеспечения // Клиническая фармакология и терапия, 2011, № 2. – С. 44–48.

ному использованию // Казанский медицинский журнал, 2013, № 2 (94). – С. 240–244.

6. Зиганшина Л.Е., Титаренко А.Ф., Ниязов Р.Р. Анализ потребления лекарств и рациональности расходования бюджетных средств в рамках программы дополнительного лекарственного обеспечения // Клиническая фармакология и терапия, 2011, № 2. – С. 44–48.

7. Зиганшина Л.Е., Хазиахметова В.Н., Абакумова Т.Р., Александрова Э.Г. Ограничительные списки лекарственных средств, действующих на территории Республики Татарстан // Здравоохранение, 2012, № 2. – С. 68–79.

8. Как распознавать продвижение лекарств и как к нему относиться. Практическое руководство, изд. 1-е / Совместный проект Всемирной организации здравоохранения и Международной программы действий для здравоохранения [электронный ресурс]. – <http://www.haiweb.org/11062009/drug-promotion-manual-CAP-3-090610.pdf> (дата обращения: 11.10.2013).

9. Мохова И.Н. Проблемы продвижения лекарственных средств в России: правовой аспект // Медицинское право, М.: Юрист, 2005, № 2. – С. 34–36.

10. Стенограмма речи В.В. Путина на совещании в Зеленограде 9 октября 2009 г. Сайт по борьбе с фармбизнесом [интернет-сайт]. –

http://promedol.com/pr/basis/vv_putin_sleduet_izbavitsya_ot_farmpredstavitelei (дата обращения: 12.10.2013).

11. *Шайдуллина Л.Я., Зиганшина Л.Е.* Клиническая фармакология – одна из стратегий Всемирной организации здравоохранения в области рационального использования лекарственных средств // Казанский медицинский журнал, 2012, № 6 (93). – С. 916–920.

12. *Burashnikova I.S., Ziganshina L.E., Ziganshin A.U.* Attitudes to pharmaceutical promotion techniques among healthcare professionals in the Republic of Tatarstan, Russia // *International Journal of Risk & Safety in Medicine*, 2008, № 20. – P. 57–71.

13. *Campbell E.G., Gruen R.L., Mountford J. et al.* A national survey of physician-industry relationships // *Engl J Med*, 2007, 356(17). – P. 1742–1750.

14. Criteria for Medicinal Drug Promotion. World Health Organization [официальный сайт]. – <http://archives.who.int/tbs/promo/whozip08e.pdf> (дата обращения: 15.10.2013).

15. *Gitanjali B., Shashindran C., Tripathi K. et al.* Are drug advertisements in Indian edition of BMJ unethical? // *BMJ*, 1997, Vol. 315. – P. 459.

16. <http://english.prescrire.org/en/Search.aspx> (дата обращения: 15.10.2013).

17. <http://secure.medicalletter.org/> (дата обращения: 15.10.2013).

18. <http://www.prescrire.org/Fr/3/31/48737/0/NewsDetails.aspx> (дата обращения: 17.10.2013).

19. IMS Health (2008). Total U.S. promotional spend by type, 2008.

20. *Lexchin J.* Of money and trust in medical care redux // *SOCIOLOGY AND BIOMEDICINE*, 2012, Vol. 10, Issue 1. – P. 143–149.

21. *Othman N., Vitry A., Roughead E.* Medicines information in medical journal

advertising in Australia, Malaysia and the United States: a comparative cross-sectional study // *South Med. Rev.*, 2010, Vol. 3 (1). – P. 11–18.

22. *Othman N., Vitry A., Roughead E.* Quality of pharmaceutical advertisements in medical journals: a systematic review // *PLoS ONE*, 2009, Vol. 4, № 7. – P. 350 [электронный ресурс]. – <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0006350> (дата обращения: 11.10.2013).

23. *Steinman M.A., Bero L.A. et al.* Narrative Review: The Promotion of Gabapentin: An Analysis of Internal Industry Documents // *Annals Internal Medicine*, 2006, 145(4). – P. 284–293.

24. *Vlasov V., Mansfield P., Lexchin J. et al.* Do drug advertisements in Russian medical journals provide essential information for safe prescribing? // *West J. Med*, 2001, Vol. 174. – P. 391–394.

25. *Ziganshina L.E., Burashnikova I.S., Ziganshin A.U.* The picture from 1/6th of the Globe: Who will be lucky to live in the future world? Effective Health Care Research Programme Consortium RPC No.7 Liverpool School of Tropical Medicine, Liverpool, UK. Annual Report for Year 3: April 2007 to March, 2008.

26. *Ziganshina L.E., Abakumova T.R., Kuchaeva A.* Cerebrolysin for acute ischaemic stroke // *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 4. Art. No.: CD007026. DOI: 0.1002/14651858.CD007026.pub2. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.thecochranelibrary.com> (дата обращения: 15.10.2013).

27. *Ziganshina L.E., Titarenko A.F., Davies G.R.* Fluoroquinolones for treating tuberculosis (presumed drug-sensitive). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 6. Art. No.: CD004795. DOI: 10.1002/14651858.CD004795.pub 4 (дата обращения: 15.10.2013).

Стимулирующие выплаты: анализ спорных ситуаций

Ключевые слова

стимулирующие выплаты,
дополнительное соглашение

Е.В. Скорикова,
юрисконсульт
Майской ЦРБ КБР



Написать автору
WWW.ZDRAV.RU

В ЦЕЛЯХ СОЗДАНИЯ УСЛОВИЙ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИХ ДОСТОЙНУЮ ЖИЗНЬ И СВОБОДНОЕ РАЗВИТИЕ ЧЕЛОВЕКА, КОНСТИТУЦИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ГАРАНТИРУЕТ КАЖДОМУ ПРАВО НА ВОЗНАГРАЖДЕНИЕ ЗА ТРУД БЕЗ КАКОЙ-ЛИБО ДИСКРИМИНАЦИИ¹. В РОССИЙСКОМ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВЕ ВОПРОСЫ ОПЛАТЫ ТРУДА РЕГУЛИРУЮТСЯ ПРЕЖДЕ ВСЕГО НОРМАМИ ТРУДОВОГО КОДЕКСА РФ.

В соответствии со ст. 2 ТК РФ основными принципами правового регулирования трудовых (и иных непосредственно связанных с ними) отношений признается, в частности, право каждого работника на своевременную и в полном объеме выплату справедливой заработной платы, обеспечивающей человеку достойное существование для него самого и его семьи, не ниже установленного федеральным законом минимального размера оплаты труда. Статьей 21 ТК РФ предусмотрено право работника, а ст. 22 ТК РФ – обязанность работодателя на выплату в полном размере причитающейся работнику заработной платы.

При этом заработная плата (оплата труда работника) представляет собой вознаграждение за труд в зависимости от квалификации работника, сложности, количества, качества и условий выполняемой работы, а также компенсационные выплаты (доплаты и надбавки компенсационного характера, в т. ч. за работу в условиях, отклоняющихся от нормальных, за работу в особых климатических условиях и на территориях, подвергшихся радиоактивному загрязнению, и иные выплаты компенсационного характера) и стимулирующие выплаты (доплаты и надбавки стимулирующего характера, премии и иные поощрительные выплаты). Под окладом (должностным окладом) понимается фиксированный размер оплаты труда работника за исполнение трудовых (должностных) обязанностей определенной сложности за календарный месяц без учета компенсационных, стимулирующих и социальных выплат (ст. 129 ТК РФ).

Согласно ст. 135 ТК РФ заработная плата работнику устанавливается трудовым договором в соответствии с действующими у работодателя системами оплаты труда, включающими размеры

¹ Часть 3 ст. 37 Конституции РФ.

МЫ НЕ ТОЛЬКО ПЕРЕХОДИМ НА НОВЫЙ ПРИНЦИП ОПЛАТЫ И ОТКАЗЫВАЕМСЯ ОТ ЕДИНОЙ ТАРИФНОЙ СЕТКИ, МЫ ВВОДИМ ГИБКУЮ СИСТЕМУ СТИМУЛИРОВАНИЯ КАЧЕСТВА ТРУДА... ЗАРПЛАТА ОТДЕЛЬНЫХ РАБОТНИКОВ БУДЕТ ЗАВИСЕТЬ ОТ КОЛИЧЕСТВА И КАЧЕСТВА ИХ РАБОТЫ.

А.Д. Жуков, первый заместитель Председателя Государственной Думы

тарифных ставок, окладов (должностных окладов), доплат и надбавок компенсационного и стимулирующего характера.

Системы оплаты труда, включая размеры тарифных ставок, окладов (должностных окладов), доплат и надбавок компенсационного характера, в т. ч. за работу в условиях, отклоняющихся от нормальных, системы доплат и надбавок стимулирующего характера и системы премирования устанавливаются коллективными договорами, соглашениями, локальными нормативными актами в соответствии с трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права. Условия оплаты труда, определенные трудовым договором, не могут быть ухудшены по сравнению с установленными трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права, кол-

лективным договором, соглашениями, локальными нормативными актами.

Важно ➤ В соответствии со ст. 8 ТК РФ работодатель вправе принимать локальные нормативные акты, содержащие нормы трудового права в пределах своей компетенции в соответствии с трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права, коллективными договорами, соглашениями ■

С 1 декабря 2008 г. постановлением Правительства РФ от 05.08.2008 № 583 были введены новые системы оплаты труда для работников федеральных бюджетных и казенных учреждений и федеральных государственных органов, а также гражданского персонала воинских частей, учреждений и подразделений федеральных органов исполнительной власти (для ко-

Оценка рисков



УКАЗ ПРЕЗИДЕНТА РФ ОТ 07.05.2012 № 597 НЕ КОНКРЕТИЗИРУЕТ, ЗА СЧЕТ УВЕЛИЧЕНИЯ КАКИХ СОСТАВЛЯЮЩИХ ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЫ (БАЗОВОЙ ИЛИ СТИМУЛИРУЮЩЕЙ) ДОЛЖНО БЫТЬ ОСУЩЕСТВЛЕНО ЕЕ ПОВЫШЕНИЕ



ВЫПЛАТА НАДБАВОК СТИМУЛИРУЮЩЕГО ХАРАКТЕРА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ РАБОТОДАТЕЛЕМ НА ОСНОВАНИИ ЛОКАЛЬНЫХ НОРМАТИВНЫХ АКТОВ И ЯВЛЯЕТСЯ ПРАВОМ, А НЕ ОБЯЗАННОСТЬЮ РАБОТОДАТЕЛЯ



УСТАНОВЛЕНИЕ РАБОТНИКУ СИСТЕМАТИЧЕСКОЙ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРЕМИИ, НЕ ПРЕДУСМОТРЕННОЙ СИСТЕМОЙ ОПЛАТЫ ТРУДА, ПРИ УСЛОВИИ БЮДЖЕТНОГО ФИНАНСИРОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ ПРАВОМ

торых законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба, оплата труда которых осуществлялась на основе Единой тарифной сетки). Было утверждено Положение об установлении систем оплаты труда работников федеральных бюджетных и казенных учреждений. В частности, в п. 9 постановления указано, что федеральным государственным органам по согласованию с Минздравсоцразвития России необходимо утвердить условия оплаты труда работающих в них и в их территориальных органах сотрудников (включая размеры окладов (тарифных ставок), а также порядок и условия выплат компенсационного характера и порядок, условия и размеры выплат стимулирующего характера в соответствии с перечнями видов выплат компенсационного и стимулирующего характера), вводимых с 1 декабря 2008 г.

Приказом Минздравсоцразвития России от 29.12.2007 № 818¹ утвержден Перечень выплат стимулирующего характера в федеральных бюджетных, автономных, казенных учреждениях, который в качестве выплат стимулирующего характера предусматривает:

- выплаты за интенсивность и высокие результаты работы;
- выплаты за качество выполняемых работ;
- выплаты за стаж непрерывной работы, выслугу лет;
- премиальные выплаты по итогам работы.

Из разъяснений о порядке установления выплат стимулирующего характера следует, что к таковым относятся выплаты, которые направлены на стимулирование работника к качественному результату труда, а также на поощрение за выполненную работу, которые устанавливаются

с учетом критериев, позволяющих оценить результативность и качество выполняемой работы. Выплаты, размер и условия их осуществления устанавливаются коллективным договором, локальными нормативными актами в пределах фонда оплаты труда и конкретизируются в трудовых договорах работников.

Таким образом, с 1 декабря 2008 г. нормативный акт федерального уровня, непосредственно регулирующий условия и порядок установления надбавок стимулирующего характера, отсутствует, а указанные вопросы решаются учреждениями самостоятельно.

Важно ➤ В 2012 г. Президент РФ издал Указ «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики»², которым установлено поэтапное повышение средней заработной платы медицинских работников. Однако не конкретизируется, за счет увеличения каких составляющих заработной платы (базовой или стимулирующей) должно быть осуществлено ее повышение. В связи с этим повышение заработной платы медицинских работников на территории РФ предусматривается за счет стимулирующих выплат, а не за увеличения должностных окладов ■

Выплаты стимулирующего характера нацелены на повышение результативности и эффективности оказания медицинской помощи населению и определяются в соответствии с критериями, позволяющими оценить результативность и качество работы.

Для расчета стимулирующих выплат, как правило, устанавливается балльная оценка показателей деятельности, проводимая на основании достижения показателей эффективности и результативности

¹ Приказ Минздравсоцразвития России от 29.12.2007 № 818 «Об утверждении Перечня видов выплат стимулирующего характера в федеральных бюджетных, автономных, казенных учреждениях и разъяснения о порядке установления выплат стимулирующего характера в этих учреждениях».

² Указ Президента РФ от 07.05.2012 № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики».

работы по оказанию медицинской помощи, которая обычно включает:

- выполнение норматива объемов медицинской помощи, исходя из установленной нагрузки;
- выполнение стандарта диагностических и лечебных мероприятий при оказании медицинской помощи;
- оценку уровня качества медицинской помощи по вневедомственной экспертизе;
- оказание медицинской помощи без обоснованных жалоб и обращений граждан и др.

Например, Федеральное медико-биологическое агентство при разработке критериев учитывает цели их разработки, а также принципы объективности, комплексности, множественности числа критериев и рациональности.

Принцип объективности означает наличие показателей или возможностей оценки результатов труда, в т. ч. путем комиссионной оценки; принцип комплексности – возможность применения критериев, оценивающих отдельные параметры и результаты работы по совокупности, в т. ч. по конечному результату; принцип множественности числа критериев – необходимость применения такого их числа, которое будет достаточным для достижения поставленных целей; принцип рациональности – что число критериев и условия их оценки не должны создавать несоразмерные дополнительные расходы на осуществление процедур оценки, с учетом их периодичности и поставленных целей¹.

Важно ➤ Фонд стимулирующих выплат формируется за счет разницы между объемами фактически поступивших средств (за

расчетный месяц) и расходами по принятым обязательствам (в т. ч. после начисления основной части заработной платы, компенсационных выплат, выплаты штрафных санкций). Он может рассчитываться как ежемесячно, так и ежеквартально, в зависимости от принятого в конкретном учреждении периода расчета ■

Показатели значений оценки деятельности работников излагаются в локальном акте учреждения, согласованном с представительным органом работников, и представлены листом показателей значений эффективности и результативности оказания медицинской помощи, где каждая позиция имеет количественную балльную оценку.

Оценка проводится на основании первичной медицинской документации, протоколов вневедомственной оценки уровня качества лечения, сроков исполнения протокольных поручений. Работу специалиста оценивает заведующий отделением (в случае его отсутствия – лицо, его замещающее) либо иное должностное лицо, в непосредственном подчинении которого находится работник.

Руководители структурных подразделений оформляют листы показателей значений на каждого сотрудника и представляют на рассмотрение комиссии, созданной в учреждении для оценки итогов работы специалистов по заданным критериям, на основании чего принимается решение об установлении выплат стимулирующего характера.

Положение о предоставлении выплат стимулирующего характера отражается в трудовом договоре, заключаемом между руководителем учреждения и учредителем, путем заключения дополнительного соглашения к трудовому договору. Указанное требование вытекает из положений ст. 57 ТК РФ, в соответствии с которым трудовой договор в обязательном порядке предусматривает условия опла-

¹ Приказ ФМБА РФ от 24.09.2008 № 324 «О Методических рекомендациях по определению величины размера выплат стимулирующего характера при переходе на новые системы оплаты труда работников федеральных бюджетных учреждений здравоохранения и социальной защиты ФМБА России».

ты труда (в т. ч. размер тарифной ставки или оклада (должностного оклада) работника, платы, надбавки) и поощрительные выплаты.

Соответственно, правовыми условиями для осуществления выплат стимулирующего характера являются:

- утверждение в установленном порядке локального акта, регламентирующего порядок и существенные условия расчета стимулирующих выплат;
- наличие фонда экономии (фонда стимулирующих выплат в рассчитываемом периоде);
- выполнение работником как количественных (количество койко-дней, посещений, обращений), так и качественных показателей, перечень которых установлен в учреждении;
- наличие подписанного сторонами дополнительного соглашения к трудовому договору.

Правомерность установления прямой зависимости конкретного размера стимулирующей выплаты от фактического выполнения медицинским работником плановых показателей нормы нагрузки неоднократно подтверждалась в судебном порядке.

Судебная коллегия по гражданским делам суда Ханты-Мансийского автономного округа – Югры отмечает, что в силу ст. 135, 144, 191 ТК РФ определение условий, порядка выплаты стимулирующих начислений, а также их размера является прерогативой работодателя. Поскольку последний не ограничен в выборе способа и порядка дополнительного материального стимулирования работников, определении размера стимулирующих доплат и надбавок, в данном случае ответчик вправе был установить зависимость указанных критериев оценки от выполнения сотрудником плана посещений, предусмотренного локальным нормативным актом¹.

¹ Апелляционное определение суда Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 14.05.2013 по делу № 33-1908/2013.

Верховный Суд Республики Коми поддерживает такой подход, указывая в определении, что постоянный и обязательный характер носит лишь стимулирующая надбавка за стаж непрерывной работы, в то время как остальные надбавки могут устанавливаться при соблюдении определенных работодателем условий². При этом в соответствии с приказом Минздрава СССР от 22.07.1987 № 902 «Об отмене планирования и оценки работы амбулаторно-поликлинических учреждений по числу посещений» руководителям учреждений здравоохранения предоставлено право определять индивидуальные нормы нагрузки врачей амбулаторно-поликлинических учреждений в зависимости от конкретных условий. Указанный нормативный правовой акт не отменен и не признан утратившим силу, следовательно, подлежит применению, что неоднократно подтверждалось судебными решениями³.

Включение учреждением здравоохранения в качестве одного из показателей оценки деятельности специалистов процента выполнения нормативов объемов медицинской помощи на одну должность специалиста с учетом объемов деятельности относится к безусловной компетенции работодателя.

Особый интерес представляет правоммерность включения в дополнительное соглашение между работником и работодателем в качестве основания для неначисления выплаты стимулирующего характера наличия дисциплинарного взыскания. Так, Чайковский городской суд Пермского края считает неначисление надбавок стимулирующего характера за сам факт дисциплинарного взыскания недопустимым, не предусмотренным за-

² Определение Верховного Суда Республики Коми от 09.08.2012 по делу № 33-3359АП/2012.

³ Определение Санкт-Петербургского городского суда от 16.04.2013 № 33-4937/2013; Апелляционное определение Тверского областного суда от 07.08.2012 № 33-2391

коном удержанием из заработной платы, что запрещено ст. 137 ТК РФ, поэтому пункт Положения о дополнительных выплатах стимулирующего характера работникам медицинского учреждения не подлежит применению.

Суд апелляционной инстанции, отменяя решение Чайковского городского суда, указал, что данный вывод противоречит действующему законодательству, а также сложившейся судебной практике¹.

Выплата надбавок стимулирующего характера осуществляется работодателем на основании локальных нормативных актов и является правом, а не обязанностью работодателя, что также подтверждается определениями Пермского краевого суда².

Суд первой инстанции не учел, что начисление стимулирующей надбавки не может быть отнесено к удержанию из заработной платы в том смысле, какой положен законодателем в это понятие (ст. 137 ТК РФ).

Надбавки устанавливаются на определенный срок, но не более календарного года³, начисляются на должностной оклад и предельными размерами не ограничиваются.

Важно ➤ Руководитель учреждения здравоохранения вправе при ухудшении показателей в работе или окончании особо важных или срочных работ отменить или уменьшить надбавку со дня ухудшения показателей в работе или окончания особо важных или срочных работ ■

Надбавка стимулирующего характера, о выплате которой поставлен вопрос в исковом заявлении, является ежемесячной, начисляется за выполнение как количественных, так и качественных показателей деятельности работника в их совокупности. При определении размера на выплату ежемесячной стимулирующей надбавки работодатель (комиссия) каждый месяц оценивает выполнение работниками (каждым из них) индивидуальных качественных и количественных показателей, перечисленных в Положении. При их несоблюдении указанная надбавка может не выплачиваться.

Таким образом, на период действия указанного дисциплинарного взыскания работодателем фактически сделан вывод о неисполнении истицей индивидуальных качественных показателей для определения размера надбавки и, как следствие, о неначислении ей данной выплаты.

Согласно ст. 194 ТК РФ если в течение года со дня применения дисциплинарного взыскания работник не будет подвергнут новому дисциплинарному взысканию, то будет считаться, что у него нет дисциплинарных взысканий.

До истечения года со дня применения дисциплинарного взыскания работодатель вправе снять его с работника по собственной инициативе, по просьбе самого работника, по ходатайству его непосредственного руководителя или представительного органа работников. Из толкования указанной правовой нормы следует, что дисциплинарное взыскание действует в течение одного года со дня его применения.

С учетом того что начисление стимулирующей надбавки осуществляется на указанных условиях, изложенных в Положении (локальном акте работодателя), судебная коллегия считает, что истице обоснованно не начислялась стимулирующая надбавка в период с ноября 2011 по май

¹ Апелляционное определение Пермского краевого суда от 01.10.2012 по делу № 33-8722.

² Определения Пермского краевого суда от 22.02.2012 по делу № 33-1360, от 21.09.2011 по делу № 33-9610, от 08.07.2010 по делу № 33-5722.

³ Установление надбавок на определенный срок, но не более одного года, обусловлено необходимостью ежегодно корректировать систему оплаты труда в зависимости от выделенных ассигнований на финансовый год и соответствует требованиям ст. 135, 144 ТК РФ. Система оплаты труда работников бюджетных учреждений должна устанавливаться каждый год в связи с ее зависимостью от бюджетного процесса (извлечение из определения Кассационной коллегии Верховного Суда РФ от 19.06.2008 № КАС08-237).

2012 г., т. к. в этот период ею не были достигнуты индивидуальные качественные показатели и она считалась привлеченной к дисциплинарной ответственности. Сведений о снятии с истицы дисциплинарного взыскания в материалах дела не имеется.

Кроме того, судебной коллегией принимается во внимание соответствующий пункт Положения, согласно которому работникам, имеющим дисциплинарные взыскания, надбавка стимулирующего характера не начисляется. Положения указанного пункта никем не оспорены, не признаны недействительными в установленном законом порядке, суд первой инстанции при разрешении спора неправильно сделал вывод о том, что лишение (неначисление) надбавок стимулирующего характера за наличие дисциплинарного взыскания недопустимо и является не предусмотренным законом удержанием из заработной платы, что запрещено ст. 137 ТК РФ.

Верховный Суд Республики Коми обращает внимание на то, что если при заключении трудового договора в него не были включены какие-либо сведения и (или) условия из числа предусмотренных частями первой и второй настоящей статьи, то трудовой договор должен быть дополнен недостающими сведениями и (или) условиями. При этом недостающие сведения вносятся непосредственно в текст трудового договора, а недостающие условия определяются приложением к нему либо отдельным соглашением сторон, заключаемым в письменной форме, которые являются неотъемлемой частью трудового договора.

При этом отсутствие в дополнительном соглашении указания на конкретный размер стимулирующей выплаты и наличие лишь отсылки к локальному нормативному акту, предусматривающему основания и условия выплаты, свидетельствуют о соответствии действий работо-

дателя принятому Положению о стимулирующих выплатах¹.

При рассмотрении споров, связанных с необходимостью установления конкретного размера стимулирующей выплаты работнику (в случае если локальным актом не определен его фиксированный размер), учреждениям здравоохранения следует помнить о том, что суд может признать право медицинского работника на получение стимулирующей доплаты, однако заменить работодателя при расчете надбавки в твердой денежной сумме он не вправе².

В то же время отсутствие заключенного между работником и медицинским учреждением дополнительного соглашения по причине несогласия сотрудника с условиями и порядками осуществления стимулирующих выплат, изложенных в тексте соглашения, свидетельствует об отсутствии у работодателя законных оснований и обязанности произвести рассматриваемую выплату³.

Поскольку работодатель предложил работнику изменить трудовой договор в части выплаты стимулирующей надбавки и прописал указанное условие в дополнительном соглашении, а работник не согласился с изменением трудового договора на предложенных ему работодателем условиях и не подписал указанное дополнительное соглашение, нельзя считать, что стороны достигли согласия в изменении условий трудового договора, поэтому дополнительное соглашение _ является незаключенным⁴.

Действующим трудовым законодательством РФ не предусматривается какая-либо обязательная для соблюдения

¹ Определение Верховного Суда Республики Коми от 05.07.2012 по делу № 33-2793/2012.

² Определение Верховного Суда Республики Коми от 09.08.2012 по делу № 33-3358АП/2012.

³ Апелляционное определение Красноярского краевого суда от 02.05.2012 по делу № 33-3250/2012.

⁴ Решение Мегионского городского суда Тюменской области Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 31.08.2012 по делу № 2-940/2012.

типовая форма дополнительного соглашения, последнее заключается в свободной форме. В то же время обязательными требованиями являются его содержание и порядок заключения, которые должны соответствовать требованиям трудового законодательства и иных нормативных правовых актов, содержащих нормы трудового права.

В случае отказа работника от подписания соглашения необходимо составить акт, в котором целесообразно указать причину, по которой работник отказывается от подписания дополнительного соглашения, а также наличие (или отсутствие) его согласия на продолжение работы с условиями труда, изменение которых отражено в содержании соглашения.

Применение повышающего коэффициента к окладу по занимаемой должности также следует отразить в отдельно заключаемом дополнительном соглашении. При этом нужно учитывать, что повышающий коэффициент не является составной частью заработной платы и его отмена не является существенным изменением условий трудового договора.

Важно ➤ Ежемесячный персональный коэффициент – не обязательная выплата, подлежащая начислению всем лицам, работающим по трудовому договору, он устанавливается индивидуально в отношении конкретного работника в зависимости от его деловых качеств и в пределах имеющихся финансовых средств ■

Применение повышающего коэффициента к окладу по занимаемой должности не образует новый оклад и не учитывается при начислении компенсационных и стимулирующих выплат, устанавливаемых в процентном отношении к окладу. Персональный повышающий коэффициент устанавливается работнику с учетом уровня его профессиональной подготов-

ки, сложности или важности выполняемой работы, степени самостоятельности и ответственности при выполнении поставленных задач и других факторов. Решение об установлении персонального повышающего коэффициента к окладу и его размере принимается руководителем учреждения персонально в отношении конкретного работника¹.

Если медицинский работник принимает участие в оказании платных медицинских услуг, учреждение обязано предусмотреть в соответствующем локальном нормативном акте дополнительную оплату такой работы за счет средств от приносящей доход деятельности. Это связано с тем, что в должностные обязанности медицинского работника не включено оказание медицинских услуг в рамках возмездных договоров с физическими и юридическими лицами². Кроме того, при расчете стоимости медицинской услуги в цену последней в обязательном порядке закладываются расходы на оплату труда персонала.

Если работник по роду и характеру своей работы не осуществляет оказание платных медицинских услуг и не может осуществлять их в силу своих функциональных обязанностей, то он не вправе претендовать на получение соответствующей надбавки за счет рассматриваемого источника³.

В вопросах выплаты премии и предоставления иных видов поощрений за труд (ст. 191 ТК РФ), несмотря на установленное законом право, а не обязанность работодателя производить таковые, последний не может действовать произвольно и во всяком случае связан необходимостью обеспечения соблюдения

¹ Определение Верховного Суда Республики Карелия от 16.10.2012 по делу № 33-2949/2012; Апелляционное определение Волгоградского областного суда от 12.07.2012 по делу № 33-6771/2012.

² Постановление Президиума Верховного Суда Республики Карелия от 22.11.2006.

³ Определение Пермского краевого суда от 04.07.2011 по делу № 33-6788.

принципов и норм, составляющих конституционно-правовую основу регулирования общественных отношений, складывающихся в данной сфере. При этом свобода усмотрения работодателя не является абсолютной.

В силу положений действующего трудового законодательства выплата работнику премий и компенсаций должна быть предусмотрена законом или действующей в организации системой оплаты труда, устанавливаемой коллективным договором, локальными нормативными актами в соответствии с трудовым законодательством и иными нормативно-правовыми актами, содержащими нормы трудового права. В связи с этим установление в дополнительном соглашении с работником, например, премии, выплачиваемой в случае увольнения последнего, противоречит требованиям трудового законодательства. Указанная выплата не предусмотрена ни законом, ни внутренними локальными актами учреждения, не является выходным пособием и не направлена на возмещение работнику затрат, связанных с исполнением им трудовых обязанностей.

Судебная коллегия Московского городского суда отмечает, что недопустимо предоставлять некоторым работникам существенные преимущества перед другими работниками, т. к. подобные действия не соответствуют общеправовым принципам справедливости, добросовестности и недопустимости злоупотребления правом. Установление работнику систематической индивидуальной премии, не предусмотренной системой оплаты труда, при условии бюджетного финансирования организации следует также расценивать как злоупотребление правом¹.

Важно ➤ Работодателям и медицинским работникам необходимо помнить о том, что в соответствии со ст. 392 ТК РФ сотрудник имеет право обратиться в суд за разрешением индивидуального трудового спора в течение трех месяцев с того дня, когда он узнал или должен был узнать о нарушении собственного права. При пропуске сроков, установленных ч. 1 и 2 указанной статьи, по уважительным причинам они могут быть восстановлены судом ■

Согласно п. 5 постановления Пленума Верховного Суда РФ от 17.03.2004 № 2 «О применении судами Российской Федерации Трудового кодекса Российской Федерации» в качестве уважительных причин пропуска срока обращения в суд могут расцениваться обстоятельства, препятствовавшие работнику своевременно обратиться с иском о разрешении индивидуального трудового спора (например, болезнь истца, пребывание в командировке, невозможность обращения в суд вследствие обстоятельств непреодолимой силы, необходимость осуществления ухода за тяжелобольными членами семьи).

Согласно п. 56 указанного постановления при рассмотрении дела по иску работника, трудовые отношения с которым не прекращены, о взыскании начисленной, но не выплаченной заработной платы надлежит учитывать, что заявление работодателя о пропуске работником срока на обращение в суд само по себе не может служить основанием для отказа в удовлетворении требования, поскольку в указанном случае срок обращения в суд не пропущен, т. к. нарушение носит длящийся характер и обязанность работодателя по своевременной и в полном объеме выплате работнику заработной платы, а тем более задержанных сумм, сохраняется в течение всего периода действия трудового договора.

¹ Апелляционное определение Московского городского суда от 02.07.2013 по делу № 11-14026; Апелляционное определение Московского городского суда от 24.05.2013 по делу № 11-13790.

Из смысла приведенного пункта Пленума Верховного Суда РФ следует, что нарушение, связанное с невыплатой заработной платы работнику, трудовые отношения с которыми не прекращены, является длящимся только в том случае, если она начислялась работодателем работнику, но не выплачивалась, а не тогда, когда она не начислялась.

Соответственно при надлежащем осуществлении своих гражданских прав и обязанностей, действуя разумно и добросовестно, работник обязан знать о нарушении своих прав ежемесячно – при получении каждой заработной платы и сопутствующих расчетных листов.

Пропуск срока на обращение в суд является самостоятельным основанием

ТАКИМ ОБРАЗОМ, СТИМУЛИРУЮЩИЕ ВЫПЛАТЫ РЕГУЛИРУЮТСЯ ЛОКАЛЬНЫМИ НОРМАТИВНЫМИ АКТАМИ И НОСЯТ ХАРАКТЕР ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПООЩРЕНИЯ, А НЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО ВОЗНАГРАЖДЕНИЯ. ВОПРОС О ВЫПЛАТЕ И РАЗМЕРЕ УКАЗАННОЙ НАДБАВКИ ОТНОСИТСЯ ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО К КОМПЕТЕНЦИИ РАБОТОДАТЕЛЯ С УЧЕТОМ СУЩЕСТВУЮЩИХ МАТЕРИАЛЬНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ.

для отказа в удовлетворении исковых требований. Неприменение срока судом по заявлению ответчика является существенным нарушением закона и ведет к неправильному разрешению индивидуального трудового спора.

Читайте в журнале «Справочник заведующего КДЛ»

- Тенденции развития клинической лабораторной диагностики
- Практические рекомендации по организации и управлению работой КДЛ
- Правила соблюдения санитарных норм в лабораториях
- Возможности современного оборудования
- Профессиональная консультация специалистов по вопросам читателей



Реклама



Оформите подписку
по тел.: 8 (495) 937-9082 или на сайте www.proflit.ru

Определение численности должностей для обеспечения разных режимов работы в медицинских организациях

Ключевые слова режим труда и отдыха, расчет численности должностей

В.М. Шипова,
д-р мед. наук, проф.,
гл. науч. сотрудник
ФГБУ «Националь-
ный НИИ обще-
ственного здоро-
вья» РАМН

З.Б. Киндаров,
канд. мед. наук,
проректор Чечен-
ского государствен-
ного университета



В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ПЛАНИРОВАНИЕ ШТАТНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В СООТВЕТСТВИИ С РЕКОМЕНДУЕМЫМИ ШТАТНЫМИ НОРМАТИВАМИ, ПРИВЕДЕННЫМИ ПРИКАЗАХ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ И МИНЗДРАВА РОССИИ О ПОРЯДКАХ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. К СОЖАЛЕНИЮ, МНОГИЕ ПОЗИЦИИ ЭТИХ ДОКУМЕНТОВ НЕ СООТВЕТСТВУЕТ ТЕОРИИ И ПРАКТИКЕ НОРМИРОВАНИЯ ТРУДА.

В ЧАСТНОСТИ, ОШИБОЧНЫ ФОРМУЛИРОВКИ И ВЕЛИЧИНЫ НОРМАТИВНОГО ПОКАЗАТЕЛЯ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КРУГЛОСУТОЧНОГО РЕЖИМА РАБОТЫ. КАК ИЗВЕСТНО, ОДНИ ДОЛЖНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ПРЕДУСМАТРИВАЮТ РАБОТУ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В ДНЕВНОЕ ВРЕМЯ (НАПРИМЕР, В АМБУЛАТОРИИ), ДРУГИЕ – В ДНЕВНОЕ И ВЕЧЕРНЕЕ ВРЕМЯ (В ДНЕВНОМ СТАЦИОНАРЕ), ТРЕТЬИ – КРУГЛОСУТОЧНО (НА СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, В СТАЦИОНАРЕ).

Должности медицинских работников устанавливаются штатными нормативами исходя из следующих показателей:

- численности населения или его определенного контингента в расчете на одну должность (например, должность врача акушера-гинеколога устанавливается в расчете на определенное количество женщин) или количества должностей на 10 тыс. населения либо определенного контингента (большинство должностей врачей амбулаторного приема устанавливается в расчете на 10 тыс. взрослых или детей);
- количества коек отделения того или иного профиля или в целом по учреждению в расчете на одну должность или на один круглосуточный пост;
- количества пациенто-мест (коек) в дневном стационаре в расчете на одну должность;
- количества врачей амбулаторного приема, коек, а также объема работы (для медицинских работников вспомогательной лечебно-диагностической службы).

В зависимости от этих показателей, режима труда и отдыха для медицинских работников, установленного на федеральном уровне, и необходимости обеспечения лечебно-диагностиче-

ВСЕ МЫ ПОНИМАЕМ, ЧТО НОРМАТИВЫ УСТАРЕЛИ И ИХ НАДО МЕНЯТЬ. НО ЭТОТ ВОПРОС НЕ РЕШИТЬ БЫСТРО. НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛИТЬ МЕХАНИЗМЫ РАСЧЕТА НАГРУЗКИ, ПРОВЕСТИ ХРОНОМЕТРАЖИ ВРЕМЕНИ, СОБРАТЬ ПРЕДЛОЖЕНИЯ С ТЕРРИТОРИЙ. ЗАТЕМ, ВЕРОЯТНО, БУДУТ ОПРЕДЕЛЕННЫ ПИЛОТНЫЕ РЕГИОНЫ, ГДЕ БУДУТ ВНЕДРЯТЬСЯ НОВЫЕ НОРМАТИВЫ.

С.Б. Дорофеев, депутат, зам. председателя Комитета по охране здоровья Госдумы РФ

ского процесса в медицинских организациях определяется тот или иной режим работы.

Схематично расчет численности должностей при установлении разных режимов работы показан на схеме.

Режим труда и отдыха медицинских работников определяется Трудовым кодексом РФ. В частности, в ст. 350 ТК РФ указано, что для медицинских работников устанавливается сокращенная продолжительность рабочего времени – не более 39 часов в неделю. В зависимости от должности и (или) специальности продолжительность рабочего времени медицинских работников определяется Правительством РФ. В настоящее время действует постановление Правительства РФ от 14.02.2003 № 101, согласно которому для ряда медицинских работников устанавливается следующая сокращенная продолжительность рабочего времени: 36 часов, 3 часа, 30 часов и 24 часа в неделю.

В статье 115 ТК РФ указывается, что продолжительность основного оплачиваемого отпуска составляет 28 календарных дней. Продолжительность дополнительного отпуска определяется постановлением Госкомтруда и Президиума ВЦСПС от 25.10.1974 № 298/П-22 (с последующими изменениями и дополнениями).

Годовой бюджет рабочего времени должности Б определяется по следующей формуле (1):

$$B = m \times q - n - z,$$

где m – количество часов в день, устанавливаемое путем деления недельной продолжительности рабочего времени на пять дней;

q – количество рабочих дней в году при пятидневной рабочей неделе;

n – количество часов, на которое сокращается рабочее время в предпраздничные выходные дни в течение года;

Оценка рисков



ОТСУТВИЕ ЕДИНОЙ МЕТОДИКИ ПЛАНИРОВАНИЯ ЧИСЛЕННОСТИ ДОЛЖНОСТЕЙ ПРИ РАЗНОМ РЕЖИМЕ РАБОТЫ ПЕРСОНАЛА В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ



ОШИБКИ В РАСЧЕТАХ ЧИСЛЕННОСТИ ДОЛЖНОСТЕЙ, УКАЗАННЫХ В РЕКОМЕНДОВАННЫХ ШТАТНЫХ НОРМАТИВАХ



В РЯДЕ ПОРЯДКОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕ ПРЕДУСМОТРЕН КРУГЛОСУТОЧНЫЙ РЕЖИМ РАБОТЫ ПЕРСОНАЛА, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЙ НЕПРЕРЫВНОСТЬ ЛЕЧЕБНОГО ПРОЦЕССА В СТАЦИОНАРЕ

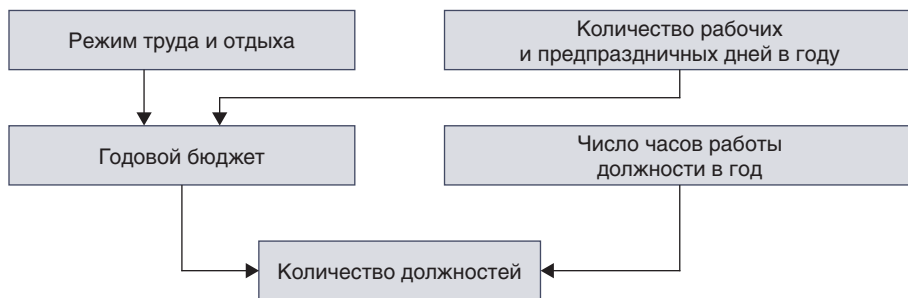


Схема расчета численности должностей при установлении разных режимов труда и отдыха

z – количество рабочих часов, приходящихся на отпускной период времени.

Согласно ст. 112 ТК РФ нерабочими праздничными днями являются: 1–6 и 8 января – Новогодние каникулы; 7 января – Рождество Христово; 23 февраля – День защитника Отечества; 8 марта – Международный женский день; 1 мая – Праздник весны и труда; 9 мая – День Победы; 12 июня – День России; 4 ноября – День народного единства.

Важно ➤ При определении предпраздничных дней, в которые происходит сокращение рабочего времени на один час (ст. 95 ТК РФ), учитываются решения Правительства РФ о переносе выходных дней на другие даты в целях рационального использования работниками свободного времени. В соответствии с постановлением Правительства РФ от 28.05.2013 № 444

в 2014 г. будет 247 рабочих дней, в том числе шесть сокращенных на один час ■

Приведем пример расчета. Годовой бюджет рабочего времени должности при 39-часовой рабочей неделе и 28-дневном рабочем отпуске (в числе календарных дней), рассчитанный по формуле 1, составит:

$$(39 : 5) \times 247 - 6 - (39 \times 4) = 1764,6 \text{ ч.}$$

Для сравнения следует отметить, что годовой бюджет рабочего времени должности при указанном режиме труда и отдыха в 2011 г. составлял 1775,4 ч; в 2012 г. – 1780,2 ч; в 2013 г. – 1764,6 ч.

Ежегодные изменения годового бюджета рабочего времени, приведенные на примере одной должности и зависящие как от числа календарных дней в году, так и от числа рабочих и предпраздничных

Таблица 1

Годовой бюджет рабочего времени должности при разных режимах труда и отдыха на 2014 г.

Продолжительность рабочей недели (ч)	Годовой бюджет рабочего времени (ч) при соответствующей продолжительности отпуска (в календарных днях)				
	28	35	42	49	56
24	1083,6	1059,6	1035,6	1011,6	987,6
30	1356,0	1326,0	1296,0	1266,0	1236,0
33	1492,2	1459,2	1426,2	1393,2	1360,2
36	1628,4	1592,4	1556,4	1520,4	1484,4
39	1764,6	1725,6	1686,6	1647,6	1608,6

дней в году, свидетельствуют о том, что установление нормативного показателя по труду в числе должностей для обеспечения круглосуточной работы без указания периода его действия, как это предусматривается современными нормативно-правовыми документами, является ошибочным.

Величина годового бюджета рабочего времени должностей при разных вариантах режима труда и отдыха на 2014 г. представлена в табл. 1.

Как видно из приведенных данных, годовой бюджет рабочего времени должностей при разных режимах труда и отдыха колеблется в пределах от 987,6 до 1764,6 ч.

Расчеты численности должностей медицинского персонала D для обеспечения того или иного режима работы проводятся по формуле (2):

$$D = A \times P : B,$$

где A – число часов работы в день, смену, сутки;

P – число дней (суток) работы в год;

B – годовой бюджет рабочего времени должности.

Покажем на конкретном примере. Дневной стационар работает по пятидневной рабочей неделе с 09:00 до 17:30, т. е. 8,5 ч ежедневно. Расчеты по формуле 2 показывают, что для обеспечения непрерывного наблюдения и оказания ле-

чебно-диагностической помощи медицинской сестрой необходимо 1,25 должности: $8,5 \times 247 : 1764,6 = 1,190$ (округленно – 1,25 должности).

Теперь приведем пример для медицинской организации с круглосуточным режимом работы. Для обеспечения круглосуточной работы бригады скорой медицинской помощи в течение 365 дней в году необходимо пять должностей врачей скорой медицинской помощи: $24 \times 365 : 1764,6 = 4,964$ (округленно – 5,0 должности).

Количество должностей для обеспечения круглосуточной работы при разном режиме труда и отдыха, предусмотренном для должностей медицинских работников, представлено в табл. 2.

Таким образом, количество должностей для обеспечения круглосуточной работы составляет от 4,964 до 8,870.

Обращает на себя внимание разная величина показателя численности должностей для обеспечения круглосуточной работы в современных нормативно-правовых документах: от 1,0 до 5,14 должностей (наиболее часто встречается показатель 4,75 должности). Как видно из табл. 2, таким числом должностей невозможно обеспечить круглосуточную работу.

Например, приказом Минздравсоцразвития России от 13.04.2011 № 317н «Об утверждении Порядка оказания ме-

Таблица 2

Расчетная численность должностей при разном режиме труда и отдыха для обеспечения круглосуточной работы в 2014 г.

Недельная продолжительность рабочего времени, ч	Число должностей при соответствующей продолжительности отпуска (в календарных днях)				
	28	35	42	49	56
24	8,084	8,267	8,459	8,660	8,870
30	6,460	6,606	6,759	6,919	7,087
33	5,871	6,002	6,142	6,288	6,440
36	5,380	5,501	5,628	5,762	5,901
39	4,964	5,076	5,194	5,317	5,446

В РЯДЕ ПРИКАЗОВ О ПОРЯДКАХ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВОобще НЕ ПРЕДУСМОТРЕН КРУГЛОСУТОЧНЫЙ РЕЖИМ РАБОТЫ ДЛЯ ПЕРСОНАЛА, ОБЕСПЕЧИВАЮЩЕГО НЕПРЕРЫВНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ В СТАЦИОНАРЕ, В ЧАСТНОСТИ ДЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПАЛАТНОЙ (ПОСТОВОЙ).

дицинской помощи взрослому населению при заболеваниях и травмах нервной системы нейрохирургического профиля» устанавливалась должность медицинской сестры палатной на 15 коек. Этот нормативно-правовой документ действовал до конца 2012 г., затем был утвержден новый приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 931н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю “нейрохирургия”». В этом документе должность медицинской сестры палатной (постовой) по-прежнему рассчитана на 15 коек, а круглосуточная работа предполагается только в палате (блоке) реанимации и интенсивной терапии.

Следует отметить, что в первом полугодии 2013 г. было прекращено утверждение порядков оказания медицинской помощи, несмотря на вступление в силу документов, утвержденных Минздравом

России в конце 2012 г. и зарегистрированных в Минюсте России в начале 2013 г. Прекращение разработки и утверждения порядков оказания медицинской помощи вселило надежду на скорую отмену этих документов. Такая надежда подкреплялась и тем, что в последнее время Минздрав России предпринимает попытки по созданию системы нормирования труда.

Однако в июле 2013 г. вступил в действие очередной приказ Минздрава России от 20.06.2013 № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе, скорой специализированной, медицинской помощи», содержащий Рекомендуемые штатные нормативы станции скорой медицинской помощи, отделения скорой медицинской помощи поликлиники (больницы, больницы скорой медицинской помощи). В этом документе по-прежнему ошибочно указывается показатель 4,75 должности для обеспечения круглосуточной работы.

Хочется надеяться, что применение представленной методики планирования численности должностей при разном режиме работы персонала в медицинских организациях и использование приведенных конкретных показателей на 2014 г. будет способствовать рациональной расстановке и оптимальному использованию кадров.

Информационный центр «МЦФЭР Медицина»

- Электронные экспертно-консультационные системы
- Периодические печатные и электронные издания
- Конференции, семинары, бизнес-завтраки

Экспертная
поддержка
медицинской
организации



8 (495) 937-90-82
www.zdrav.ru, zdrav@mcferru

Интеллектуально-информационная поддержка процессов управления реабилитацией в многопрофильном детском медицинском учреждении

Ключевые слова

комплексная реабилитация, интеллектуально-информационная поддержка управления, системная медико-техническая интеграция

С.И. Блохина,
директор НПЦ
«Бонум», д-р мед.
наук, заслуженный
врач РФ, профессор
УГМА

Т.Я. Ткаченко,
руководитель отдела
координационных
научных исследова-
ний и новых техноло-
гий, канд. техн. наук,
доцент

ГБУЗ Детская клиниче-
ская больница
восстановительного
лечения «Научно-
практический центр
«Бонум», Свердлов-
ская обл.

С.Л. Гольдштейн,
зав. кафедрой
вычислительной
техники УрФУ, д-р техн.
наук, профессор,
научный консультант
НПЦ «Бонум»

ФГАОУ ВПО «Ураль-
ский федеральный
университет им.
первого Президента
России Б.Н. Ельцина»



Написать автору
WWW.ZDRAV.RU

МНОГОПРОФИЛЬНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ, В Т. Ч. ОКАЗЫВАЮЩИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННУЮ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ, ЯВЛЯЮТСЯ СЛОЖНЫМИ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИМИ СИСТЕМАМИ. ДЛЯ ОРГАНИЗАЦИИ ИХ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НЕОБХОДИМЫ СИСТЕМНАЯ МЕТОДОЛОГИЧЕСКАЯ ОСНОВА И КОМПЛЕКС СОВРЕМЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ И СОПУТСТВУЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ, ВКЛЮЧАЮЩИЙ БЛОКИ ОРГАНИЗАЦИОННО-УПРАВЛЕНЧЕСКОЙ, СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ И ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНО-ИНФОРМАЦИОННОЙ ПОДДЕРЖКИ.

ОБЛАСТНОЙ ДЕТСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР «БОНУМ» (Г. ЕКАТЕРИНБУРГ) ПРОШЕЛ 20-ЛЕТНИЙ ПУТЬ ОТ ОБЛАСТНОГО КОНСУЛЬТАТИВНОГО ЦЕНТРА ПО ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ ЛИЦА И НЕБА ДО СОВРЕМЕННОГО МНОГОПРОФИЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ. В ТЕЧЕНИЕ ЭТОГО ВРЕМЕНИ БЫЛ ПРОВЕДЕН РЯД ИССЛЕДОВАНИЙ И РАЗРАБОТОК, ПОДТВЕРДИВШИХ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНО-ИНФОРМАЦИОННОЙ ПОДДЕРЖКИ УПРАВЛЕНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИЕЙ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ЗДОРОВЬЯ НА ОСНОВЕ СИСТЕМНОЙ МЕДИКО-ТЕХНИЧЕСКОЙ ИНТЕГРАЦИИ.

Развитие информатизации детского медицинского учреждения ориентировано на решение двух первоочередных проблем.

Первая состоит в повышении качества медицинских услуг, управления и информационного сервиса для пациентов и их семей, доступности качественной медицинской помощи. Ее решение требует обеспечения достоверности оценок состояния здоровья пациентов, окружающей среды, медицинских технологий и управления ими. Для этих целей в рамках Программы модернизации здравоохранения РФ разработан и внедряется Региональный фрагмент Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения Свердловской области.

НЕОБХОДИМО ЗАДУМАТЬСЯ НАД ТЕМ, ЧТО МОЖНО УЛУЧШИТЬ В ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ, ЧТОБЫ МИНИМИЗИРОВАТЬ РИСК ВРАЧЕБНЫХ ОШИБОК, КАК СИСТЕМНО ИЗМЕНИТЬ НАШ ПОДХОД К УПРАВЛЕНИЮ.

А.З. Фаррахов, заместитель Министра здравоохранения России

Вторая проблема связана с разработкой способов решения ранее названной задачи путем обеспечения жизненного цикла системно-интеграционной и когнитивно-интеллектуально-информационно-аналитической службы научно-практического реабилитационного центра.

Сегодня НПЦ «Бонум» выполняет программу медицинской, психолого-педагогической реабилитации и социальной адаптации детей и подростков с врожденной и посттравматической патологией лица, черепа, челюстей, опорно-двигательной системы, тяжелыми нарушениями зрения, слуха и речи.

Важно ➤ Деятельность центра направлена на восстановление коммуникационных возможностей пациентов как основу социализации личности ■

В НПЦ развернуто 10 областных детских специализированных центров, в ко-

торых находится под постоянным наблюдением и получает комплексную реабилитацию более 12 тыс. детей Свердловской области с тяжелыми нарушениями здоровья (в т. ч. 7,5 тыс. детей-инвалидов).

Центр оказывает консультативно-поликлиническую и стационарную медицинскую помощь, включая высокотехнологичную, на пяти территориально удаленных площадках, в т. ч. в загородном отделении.

Специфика НПЦ – многопрофильность, территориальная распределенность, научно-практическая направленность, перманентный реинжиниринг – определила особое значение интеллектуально-информационных и информационно-компьютерных технологий для организации оказания комплексной помощи в одно время и в одном месте на принципах раннего вмешательства.

Оценка рисков



ОТСУТВИЕ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНО-ИНФОРМАЦИОННОЙ ПОДДЕРЖКИ ПРИ УРЕГУЛИРОВАНИИ ПРОБЛЕМНЫХ СИТУАЦИЙ УВЕЛИЧИВАЕТ ВРЕМЯ ПРИНЯТИЯ КЛИНИЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ



ПРИ СОЗДАНИИ СИСТЕМЫ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНО-ИНФОРМАЦИОННОЙ ПОДДЕРЖКИ НЕОБХОДИМ УНИВЕРСАЛЬНЫЙ ПОНЯТИЙНЫЙ АППАРАТ, ДОСТУПНЫЙ КАК МЕДИЦИНСКИМ, ТАК И ТЕХНИЧЕСКИМ СПЕЦИАЛИСТАМ



ВЫЕЗДНЫЕ ФОРМЫ РАБОТЫ С ПАЦИЕНТАМИ ТРЕБУЮТ СОЗДАНИЯ СПЕЦИАЛЬНОГО ПРОГРАММНОГО ИНСТРУМЕНТАРИЯ

Информационно-компьютерный парк НПЦ «Бонум» включает около 300 персональных компьютеров, телемедицинское оборудование (пять комплектов для каждого территориального подразделения), восемь серверов, локальную защищенную компьютерную сеть, значительное количество презентационной и информационной техники (информационные киоски, панели, система интерактивного голосования, видео- и аудиооборудование конференц-зала).

Важно ➤ Созданный комплекс программного обеспечения поддерживает работу всех составляющих реабилитационного процесса: от расширения возможности информирования пациентов, поддержки технологий реабилитационного процесса до формирования эффективной и компетентной команды специалистов, проведения научных исследований и управления бизнес-процессами ■

Необходимость построения «стратегии выживания и развития» НПЦ «Бонум» в условиях неблагоприятной экономической ситуации 1990-х гг. заставила привлечь к совместной деятельности специалистов по работе со сложными объектами: системных аналитиков, системотехников, специалистов по информационным технологиям.

В 1997–2002 гг. на базе центра совместно с кафедрой вычислительной техники Уральского федерального университета были разработаны методология системной медико-технической интеграции, а также модели и интеллектуально-информационный инструментарий ее реализации. Такая методология позволила рассматривать оказание комплексной медико-социально-психолого-педагогической помощи детям с врожденной и приобретенной патологией и управление этим процессом как сложные объекты.

Была показана необходимость интеллектуально-информационной поддержки при урегулировании проблемных ситуаций разного уровня сложности:

- в простой ситуации для принятия качественного решения достаточно обеспечить доступ к достоверной и полной информации, что возможно при реализации интегрированной медицинской информационной системы;
- в более сложной ситуации возрастает потребность в системной интеллектуальной подсказке, которую может дать специалист высокой квалификации в предметной области, эксперт-системотехник или специально разработанное программное средство – системный интеллектуальный подсказчик.

Для построения системы интеллектуально-информационной поддержки деятельности центра была разработана концепция его информатизации. При этом глобальная цель информатизации была сформулирована как эффективное функционирование и устойчивое развитие НПЦ «Бонум» с передачей корпоративных знаний в будущее.

Важно ➤ Интеллектуальная составляющая, управление корпоративными знаниями имеют преимущество при построении и функционировании корпоративных информационных систем ■

В качестве основы реализации концепции создана трехуровневая организационная структура, включающая:

- научно-практическую лабораторию фундаментальных основ системной интеграции когнитивных технологий;
- отдел координации научных исследований и новых технологий (далее – КНИиНТ);
- информационно-аналитический отдел.

В составе научно-практической лаборатории работают внешние научные

консультанты-системотехники. Это специалисты высокой квалификации (доктора и кандидаты технических и физико-математических наук), а также магистранты, обучающиеся по уникальной для региона и специально организованной на базе НПЦ «Бонум» в рамках проекта системной медико-технической интеграции специальности «информационные системы и технологии в здравоохранении».

Задачи лаборатории связаны с проведением экспериментальных исследований и теоретического моделирования проекта информатизации детского медицинского учреждения – лидера по разработке теоретических основ технологии жизненного цикла системных интеллектуальных подсказчиков для специалистов НПЦ.

Важно ➤ Отдел КНИиНТ определяет стратегию и тактику проведения научных исследований сотрудниками НПЦ, развивая интеллектуальный потенциал организации и обеспечивая интеллектуально-информационную базу для разработки программных средств, в т. ч. формируя системно обоснованные технические задания на разработку программного продукта для поддержки процессов реабилитации и управления ими ■

В задачи отдела входит также разработка критериев и методик оценки качества результатов научных исследований, степени внедрения новых медицинских технологий, их влияния на эффективность результатов реабилитации.

Информационно-аналитический отдел реализует сформулированные задания, занимается внедрением разработанных информационных систем и системных интеллектуальных подсказчиков, аналитической обработкой данных, полученных в процессе их работы, отвечает за сопровождение и техническую поддержку ком-

пьютерных программ и вычислительной техники.

Для обеспечения системных взаимосвязей при решении сложных задач реабилитационного процесса предложено применять в качестве единого языкового средства, понятного специалистам медицинского и технического профиля, полуформализованные модели (концептуальные, структурные, функционально-структурные, алгоритмические, критериальные, информационные), а также корпоративную систему знаний как компьютерное хранилище информации о деятельности учреждения. При этом в качестве организационной формы хорошо зарекомендовали себя научно-функциональные группы, в состав которых входят заинтересованные в решении конкретной научно-практической задачи специалисты различного профиля.

Важно ➤ Научно-функциональная группа создается только на время решения задачи, ее члены могут быть участниками нескольких научно-функциональных групп одновременно ■

Повышение квалификации специалистов (как научных исследователей) стимулируется руководством центра и поддерживается различными организационными формами, в т. ч. корпоративным университетом, системой внутренних грантов центра, ежегодными конкурсами научных проектов. Выполнение индивидуальных планов развития специалистов оценивается на ежегодных сессиях.

Для информационно-аналитической поддержки координации научно-исследовательской работы, внедрения новых медицинских технологий, повышения эффективности персонала в центре разработаны специализированные программные средства. Базы данных «Наука» и

«Технологический менеджмент» позволяют вести учет и оценку степени выполнения диссертационных исследований и внедрения новых технологий. Информационная система «Досье специалиста» обеспечивает динамическую оценку эффективности развития персонала, в т. ч. позволяет оценить затраты на совершенствование корпоративного интеллектуального потенциала.

Важно » Среди форм организации комплексной реабилитации значительное место занимают те, которые непосредственно влияют на повышение доступности и качества помощи: выездная поликлиника, контакт-центр, телемедицинский консультативно-образовательный центр и др. ■

Телемедицинские технологии позволяют значительно повысить доступность помощи при работе с территориями Свердловской области, сократить расходы на проведение консилиумов, обеспечить оперативность, гибкость и непрерывность управления процессом реабилитации совместно с семьей и специалистами первичного звена.

Цель работы выездной поликлиники НПЦ «Бонум» – повышение доступности специализированной помощи, в т. ч. инструментальных методов обследования, для детей области. Врачи десяти специальностей ежегодно осуществляют 20–25 выездов по территории Свердловской области, комплексное обследование около 1,5 тыс. детей, проводят до 5 тыс. консультаций.

Выездная поликлиника осуществляет осмотр детей «группы риска» и диспансерной группы, решает задачи повышения качества специализированной помощи путем очной экспертизы первичной медицинской документации и оценки своевременности направления пациентов к специалистам центра, полноты вы-

полнения индивидуальных планов диспансеризации.

Объемы и территориальные масштабы работы выездной поликлиники заставили задуматься о способах и инструментарии мониторингования и контроля функционирования системы оказания медицинской помощи детям Свердловской области по профильным видам патологии на основе поиска взаимосвязей и взаимных влияний анализируемых параметров, а также путей воздействия на управляемые факторы.

Важно » В качестве информационно-компьютерного инструмента для осуществления контроля над системой диспансеризации детского населения Свердловской области разработана автоматизированная система картирования, т. е. топографического отображения и визуального ранжирования территорий области для их сравнительного анализа по демографическим, эпидемиологическим и медицинским характеристикам детского населения ■

Аналитическая обработка карт позволила рационально формировать план работы выездной поликлиники, объективно оценивать результаты деятельности выездных форм работы, влияющих на качество реабилитации, в т. ч. снижение первичной инвалидности, тяжести функциональных нарушений, повышение доступности специализированной помощи нуждающимся детям.

Перспективы развития системы картирования как инструмента управления здоровьем детского населения Свердловской области связаны с совершенствованием организационно-методического сопровождения (обеспечения) ЛПУ муниципальных образований и межмуниципальных центров по вопросам реабилитации и диспансеризации целевых групп детей.

На ближайшее время предусмотрено проведение паспортизации территорий по видам и объемам реабилитационной помощи с целью определения реабилитационного потенциала муниципальных округов как одной из составляющих реабилитационного потенциала каждого конкретного ребенка, также планируется корректировка задач областных специализированных центров, находящихся в составе НПЦ «Бонум», по расширению спектра реабилитационных услуг, делегированию части технологий на первый и второй уровни оказания помощи.

Необходимость прогнозирования ситуации по актуальным показателям в муниципальных округах и Свердловской области в целом, поиск новых организационных форм для оптимизации диспансеризации целевых групп, расширение дистанционных технологий (в т. ч. для медико-социально-педагогического сопровождения семьи в межгоспитальный период реабилитации) позволили организовать на базе НПЦ «Бонум» кабинет мониторинга диспансеризации и реабилитации детей с профильной патологией.

Основная цель его создания – обеспечение взаимосвязи и координация деятельности медицинских организаций Свердловской области, участвующих в оказании реабилитационной помощи детям с тяжелыми нарушениями здоровья (особенно раннего возраста), обобщение и катанестический анализ результатов, оценка своевременности и полноты назначения необходимых реабилитационных мероприятий для достижения положительных сдвигов в состоянии здоровья детей с профильной патологией.

Важно ➤ Созданная система интеллектуально-информационной поддержки реабилитационного процесса позволила по-

РАЗРАБОТАННЫЙ МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНО-ИНФОРМАЦИОННЫЙ ИНСТРУМЕНТАРИЙ ПОДДЕРЖИВАЕТ РАБОТУ ВСЕХ СОСТАВЛЯЮЩИХ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА, СПОСОБСТВУЕТ ПОВЫШЕНИЮ ДОСТУПНОСТИ ПОМОЩИ, ОБЕСПЕЧИВАЕТ ОПЕРАТИВНОСТЬ, ГИБКОСТЬ И НЕПРЕРЫВНОСТЬ УПРАВЛЕНИЯ ПРОЦЕССОМ РЕАБИЛИТАЦИИ.

лучить значительный медико-социальный и экономический эффект от усовершенствования технологий оказания помощи детям с профильной патологией ■

Приведем примеры.

Разработка и внедрение автоматизированного рабочего места организатора экспертной работы (в рамках гранта правительства Свердловской области) позволила повысить качество управления реабилитацией за счет оперативного контроля над соблюдением стандартов диспансерного наблюдения пациентов с врожденной челюстно-лицевой патологией (далее – ВЧЛП), обеспечения доступности информации для специалистов разного профиля (врачей, педагогов, психологов, социальных работников), принимающих участие в комплексной реабилитации, повышения качества принимаемых решений благодаря снижению неопределенности оценок и повышению полноты информации.

В результате реабилитационной работы НПЦ «Бонум» в период с 2000 по 2013 г. 96% пациентов с ВЧЛП старшего дошкольного возраста ежегодно готово к посещению общеобразовательной школы. Это позволило отказаться от содержания специализированных образовательных учреждений.

Система оказания офтальмологической помощи детям Свердловской области включает алгоритм взаимодействия и оказания помощи в учреждениях здра-

воохранения разного уровня, а также системного интеллектуального «подсказчика» по прогнозированию риска развития ретинопатии у недоношенных детей.

Важно » «Интеллектуальный подсказчик» позволяет врачу-неонатологу принимать решение о проведении хирургического вмешательства для новорожденного пациента без привлечения дополнительных специалистов (офтальмолога, невролога) в кратчайший срок (оперативное вмешательство при высоком риске должно быть проведено в течение 72 ч), что предотвращает развитие тяжелых форм заболевания и слепоту ■

Внедрение системы позволило снизить уровень инвалидности у пациентов

с ретинопатией недоношенных с 34,8% в 2003 г. до 1,6% в 2012 г.

Разработанный в НПЦ «Бонум» медико-организационный интеллектуально-информационный инструментарий поддерживает работу всех составляющих реабилитационного процесса (от информирования пациентов и членов их семей, формирования эффективной и компетентной команды специалистов до предоставления интеллектуальных подсказок при принятии решений и оценки результатов комплексной реабилитации), способствует повышению доступности помощи при работе с территориями Свердловской области, обеспечивает оперативность, гибкость и непрерывность управления процессом реабилитации.

www.zdrav.ru

актуальных новостей ежемесячно

 МЦФЭР медицина

 ZDRAV.RU — ПОРТАЛ ИНФОРМАЦИОННОЙ ПОДДЕРЖКИ МЕДИЦИНСКИХ РУКОВОДИТЕЛЕЙ

Присоединяйтесь к сообществу профессионалов!

Реклама

**Не забудьте
продлить
подписку!**



www.zdrav.ru
Здравоохранение

Выгодная подписка в редакции
по телефону: 8 (495) 937-9082
или на сайте www.proflit.ru

Шаги сотрудничества: от медицинских изделий до современной мебели



В левой части изображения:
стол медицинской сестры СМС-01 (мод. 4).
В правом верхнем углу: шкаф медицинский лабораторный ШМЛ-01 (С9М-П), тумбочка кабинетная ТМК-01 «ЕЛАТ» (мод. 1).
В правой части на переднем плане: кушетка стационарная КС-01-ЕЛАТ, тумбочка прикроватная ТМП-01 «ЕЛАТ» (мод. 1)

В данной ситуации следует знать, каким требованиям и критериям должна отвечать медицинская мебель и на какие параметры необходимо обращать внимание в первую очередь при ее выборе. Об этом в нашем интервью рассказывает главная медицинская сестра МУЗ «Касимовская ЦРБ» Елатомской РБ Татьяна Владимировна Шитова.

– Татьяна Владимировна, каким оборудованием оснащено Ваше лечебное учреждение?

Шесть лет назад началось техническое переоснащение МУЗ «Касимовская ЦРБ», это стало началом нашего сотрудничества с Елатомским приборным заводом. Сегодня практически 80% всей имеющейся в больнице мебели произведено на данном предприятии.

Первым нашим приобретением стали **ультразвуковые мойки УЗО**, предназначенные для предстерилизационной очистки инструментов и изделий медицинского назначения. Ими оснащены **оперблок, отделение реанимации и перевязочные кабинеты**. Помимо этого мы используем **контейнеры ЕДПО для дезинфекции и предстерилизационной очистки, укладки-контейнеры для транспортировки пробирок, контейнеры для сбора и транспортировки отработанных меди-**

Качество лечебного процесса и эффективность борьбы с внутрибольничными инфекциями во многом зависят от оснащенности лечебно-профилактического учреждения медицинским оборудованием, к которому кроме всего прочего относится специальная мебель. Сегодня имеются все возможности для того, чтобы сделать медицинские услуги безопасными не только для пациентов, но и для всех сотрудников лечебного учреждения. При этом весьма важным фактором является наличие специальной мебели. Ставя основной целью успешное лечение больных, многие медицинские работники также придают большое значение условиям их пребывания в лечебно-профилактическом учреждении и стараются сделать таковые максимально комфортными.



Ультразвуковая мойка УЗО «Медэл»



Емкость для хранения термометров ЕХТ



Контейнер ЕДПО для дезинфекции и предстерилизационной обработки медицинских изделий



ЕКлДХ – контейнер для дезинфекции и химической стерилизации медицинских изделий



Контейнер УКТП-01 «ЕЛАТ» (вар. 1) для транспортировки пробирок и других малогабаритных изделий медицинского назначения

цинских материалов, емкости для хранения термометров и пр. В достаточном количестве нами закуплены комплекты для определения группы крови. Все эти изделия просты и удобны в использовании.

– Расскажите, пожалуйста, о преимуществах современной медицинской мебели.

В 2009 г. наше учреждение закупило большую партию современной медицинской мебели производства Елатомского приборного завода. У нас широко используются медицинские модули для белья ММБ-01. Сотрудники, отвечающие за хозяйственную работу в ЛПУ, отмечают удобство разнесения с их помощью по палатам чистого белья и одновременно сбора грязного. Модули оснащены прорезиненными колесами и легко управляются. Теперь смена белья стала приятным мероприятием для медперсонала. Рациональная организация рабочих мест значительно упрощает работу наших сотрудников, экономит трудозатраты.

– Какую еще современную медицинскую мебель Вы используете в работе?

Посты медицинских сестер в отделениях больницы оснащены современными функциональными изделиями елатомского производства: столами, шкафами для хранения фармпрепаратов, медицинскими столиками и тележками, передвижными и стационарными стеллажами. Кроме того, все раздевалки для медицинских работников оборудованы современными шкафами для хранения спецодежды, подходящими для помещений с особым режимом, благодаря чему появилась возможность строго следовать санитарным правилам.

Стоит отметить долговечность материалов, из которых изготовлена эта медицинская мебель. Для ее производства используются: ЛДСП; алюминиевые или стальные профили, обеспечивающие изделиям жесткость и проч-



Модуль медицинский для белья ММБ-01 (мод. 2)



Шкаф медицинский для фармпрепаратов однодверный ШМФ-01 (мод. 6)

ность; ударопрочный пластик; сэндвич-панели, которые делают мебель красивой, легкой, влагонепроницаемой, устойчивой к механическим повреждениям и химическим средствам, что позволяет проводить **высококачественную дезинфекционную обработку**.

Никаких претензий к качеству этой мебели у нас нет. Медицинское оборудование Елатомского приборного завода – именно то, что нужно нашей больнице! У Елатомского приборного завода есть модельный ряд специализированных **шкафов для хранения фармпрепаратов**, отвечающих всем нормам хранения и безопасности лекарственных средств. Их мы собираемся закупить в следующем году.



Стол для медицинской сестры СМС-01 «Елат» (мод. 3) двухтумбовый



Тумбочка прикроватная ТМП-01 «ЕЛАТ» (мод. 1)

– Играет ли роль в уходе за пациентами внешний вид мебели?

При приобретении медицинского оборудования основной акцент, безусловно, делается на его надежность и безопасность. В то же время мы осознаем, что закупленная нами современная медицинская мебель существенно повышает комфортность пребывания пациентов в лечебном учреждении. Хотелось бы подробнее остановиться на **мебели для больничных палат** в стационарах. Специально для тяжелых лежачих больных мы приобрели универсальные складные столики с подставкой для книг, а для хранения личных вещей пациентов все палаты оснастили **прикроватными тумбочками**. Нами также закуплены **передвижные палатные кровати для реанимационного отделения**. Все это изделия Елатомского приборного завода. Хотелось бы отметить, что с их приобретением однаобразная обстановка в палатах изменилась до неузнаваемости – вот как много значит современный дизайн медицинской мебели.

Беседу вела Е. Алатина

ЕЛАТОМСКИЙ ПРИБОРНЫЙ ЗАВОД – ТОРГОВАЯ МАРКА ЕЛАМЕД

Адрес: 391351, Рязанская область,

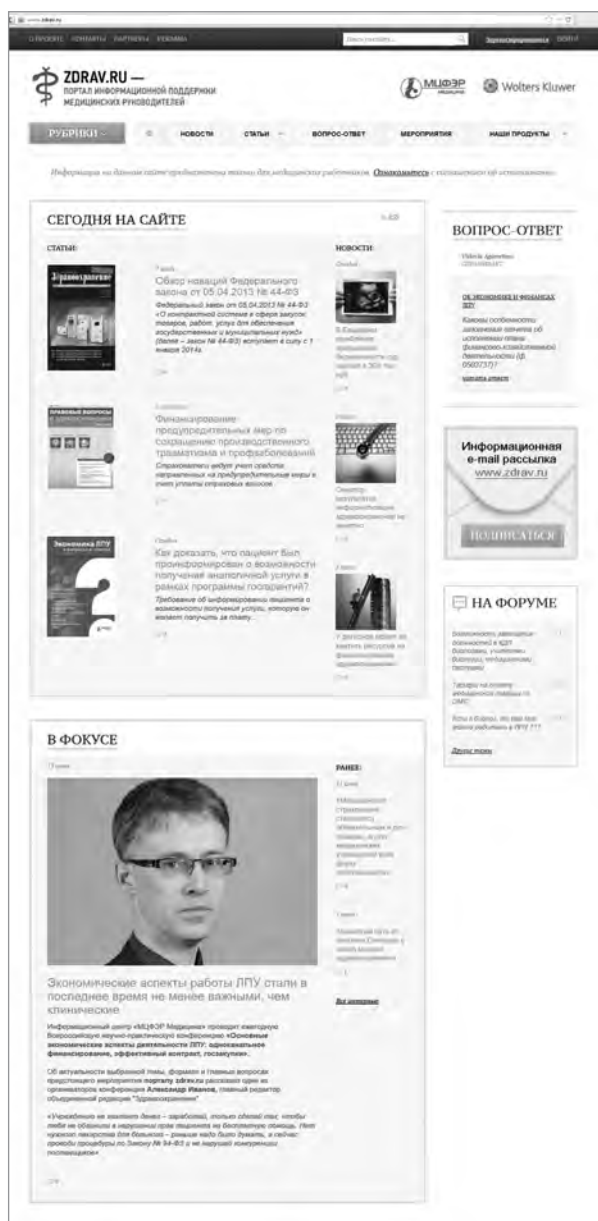
р. п. Елатьма, ул. Янина, 25, Приборный завод.

Тел./факс: (49131) 419–96, 416–16, 914–50, 917–76, 204–57, 438–29.

Электронная почта: admin@elamed.com www.elamed.com

www.zdrav.ru

Портал информационной поддержки специалистов ЛПУ



- Публикации из профессиональных журналов
- Важные события и тенденции здравоохранения
- Календарь профессиональных мероприятий
- Интервью с ведущими экспертами
- Решения рабочих задач в рубрике «Вопрос – ответ»
- Форум: обмен опытом с коллегами-практиками
- Информационная e-mail-рассылка

<О методике включения в тариф на оплату медицинской помощи расходов на содержание медицинской организации, а также затрат на приобретение оборудования стоимостью до 100 тыс. руб. за единицу>¹ (извлечения)

Включение в тариф на оплату медицинской помощи затрат, необходимых для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, но не потребляемым в процессе оказания медицинской помощи, а также затрат на приобретение оборудования стоимостью до 100 тыс. руб. за единицу

Раздел I. Методологические подходы по включению в тариф на оплату медицинской помощи затрат, необходимых для деятельности медицинской организации в целом, но потребляемым в процессе оказания медицинской помощи, а также затрат на приобретение оборудования стоимостью до 100 тыс. руб. за единицу

5. Способы включения в тариф на оплату медицинской помощи дополнительных затрат на приобретение оборудования стоимостью до 100 тыс. руб. за единицу

5.1. Основными вариантами определения размера дополнительных затрат на приобретение оборудования стоимостью до 100 тыс. руб. за единицу, включаемых в тариф на оплату медицинской помощи, являются следующие:

5.1.1. На основании суммы амортизации, необходимой для обновления имеющегося в медицинских организациях оборудования стоимостью до 100 тыс. руб. за единицу.

В основе этого варианта лежит оценка (выборочная или сплошная) по конкретным медицинским организациям по каждому профилю количества (и общей стоимости) оборудования, стоимостью до 100 тыс. руб. за единицу. Исходя из средней величины амортизации (износа), характерного для данных видов оборудования, определяется годовая сумма амортизации. Для определения норм амортизации износа используются «Годовые нормы износа по основным фондам учреждений и организаций, состоящих на государственном бюджете СССР», утвержденные Госпланом СССР, Министерством

¹ Окончание. Начало см. «Здравоохранение». 2013. № 11. С. 112.

финансов СССР, Госстроем СССР и ЦСУ СССР 28.06.1974 в соответствии с постановлением Совета Министров СССР от 11.11.1973 № 824.

Последующее деление годовой суммы амортизации на плановые показатели работы учреждений (количество пролеченных больных, койко-дней, посещений и т. д.) показывает размер затрат, необходимых для замены оборудования стоимостью до 100 тыс. руб. за единицу, за счет средств ОМС.

Достоинства:

Данный вариант отражает потребность в оборудовании стоимостью до 100 тыс. руб. за единицу исходя из реальной обеспеченности учреждений оборудованием стоимостью до 100 тыс. руб. за единицу. В отличие от дорогостоящего оборудования, оснащенность учреждений здравоохранения оборудованием стоимостью до 100 тыс. руб. за единицу относительно неплохая и достаточно равномерная, что позволит поддерживать материально-техническую базу учреждений на сложившемся уровне без существенных различий между различными учреждениями.

Недостатки:

Оценка потребности медицинских организаций в оборудовании стоимостью до 100 тыс. руб. за единицу отражает сложившийся уровень оснащений организаций медицинским оборудованием, который может быть явно недостаточным для ряда субъектов Российской Федерации. Поэтому уровень затрат на приобретение оборудования стоимостью до 100 тыс. руб. за единицу, включаемых в тарифы на оказание медицинской помощи, может оказаться недостаточным и затруднит деятельность медицинских организаций.

5.1.2. На основе размера передаваемых средств в систему ОМС из бюджетов субъектов Российской Федерации и муниципальных образований (в части средств на приобретение оборудование).

Расчет производится на основании суммы средств, ранее предусматривавшихся в бюджетах субъектов Российской Федерации и муниципальных образований для приобретения оборудования, переданных в установленном порядке в систему ОМС.

При этом возможно производить отдельный учет соответствующих сумм, выделявшихся для стационарных и амбулаторно-поликлинических учреждений в целях дальнейшего включения этих сумм в тарифы соответственно на услуги стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи (обычно при формировании бюджетов расходы на содержание стационарных и амбулаторно-поликлинических организаций выделяются отдельными целевыми статьями). Делением суммы затрат на приобретение оборудования выделявшихся для стационарных и амбулаторно-поликлинических учреждений, соответственно на показатели работы стационарных и амбулаторно-поликлинических учреждений, по которым производится расчет тарифа в системе ОМС (либо иным способом), находятся затраты на приобретение оборудования, включаемых в соответствующий тариф.

Достоинства:

Включение затрат на оборудование в тарифы не будет создавать рисков чрезмерности уровня этих затрат и не приведет к тому, что придется уменьшить расходы по другим статьям (в случае, если сумма затрат на оборудование оказалась бы большей, чем имеются для этого ресурсы системы ОМС).

Недостатки:

– средства на реальное обновление оборудования (при прекращении или резкого сокращения выделения из бюджета в последние посткризисные годы) могут оказаться недостаточными;

– в соответствующих бюджетах может отсутствовать разделение выделявшихся средств на приобретение оборудования стоимостью до 100 тыс. руб. за единицу и стоимостью свыше 100 тыс. руб. за единицу.

5.1.3. На основе заявок медицинских организаций по нормативам оснащения медицинских организаций мебелью и оборудованием стоимостью до 100 тыс. руб. за единицу.

За основу данного варианта берутся нормативы оснащения учреждений здравоохранения мебелью и оборудованием на основе имеющихся нормативных документов (порядки оказания медицинской помощи; таблицы оснащения; другие виды установленных нормативов).

Достоинства:

– данный вариант отражает потребность в оборудовании исходя из научно обоснованной и нормативно закреплённой потребности в видах оборудования, необходимых для оказания медицинской помощи;

– имеется возможность учесть специфику (специализацию и т. д.) оказания отдельных видов медицинской помощи.

Недостатки:

– средства на реальное обновление оборудования (при прекращении или резкого сокращения выделения из бюджета в последние годы) могут оказаться недостаточными;

– не во всех случаях имеются порядки оказания медицинской помощи и иные нормативные документы, определяющие оснащение учреждений, кабинетов и т. д.

Отнесение амортизации на услугу может осуществляться следующими основными способами:

1) деление суммы амортизации на количество оказанных услуг;

2) нахождением суммы амортизации в расчете на единицу времени оборудования и умножением полученной величины на время, требуемое для оказания единицы услуги.

Расчет суммы амортизации оборудования, используемого при оказании услуги, производится по форме согласно табл. 3.

Таблица 3

Расчет суммы амортизации оборудования

№ п/п	Наименование оборудования	Балансовая стоимость оборудования, руб.	Годовая норма амортизации, %	Годовая норма времени работы оборудования, ч	Время работы оборудования в процессе оказания услуги, ч	Сумма начисленной амортизации, руб.
1	2	3	4	5	6	7
1						
2						
	Итого	×	×	×	×	SUM строк

5.2. Возможны следующие основные способы включения в тариф на оплату медицинской помощи дополнительных затрат на приобретение оборудования:

- Включение в тарифы на оплату медицинской помощи дополнительных затрат на приобретение оборудования в виде дополнительной составляющей тарифа.
- Пропорциональный метод включения в тариф на оплату медицинской помощи дополнительных затрат на приобретение оборудования в виде (пропорционально определенным базам): общей величине затрат по другим статьям расходов или отдельным составляющим тарифа.
- Включение в тариф на оплату медицинской помощи дополнительных затрат на приобретение оборудования в виде прямых расходов.
- На основе порядков оказания медицинской помощи (при включении затрат на приобретение оборудования в медико-экономические стандарты).

5.2.1. Включение в тарифы на оплату медицинской помощи дополнительных затрат на приобретение оборудования в виде дополнительной составляющей тарифа.

Для реализации данного варианта отдельно считаются затраты, необходимые для приобретения оборудования стоимостью до 100 тыс. руб. (в расчете на установленную единицу объема медицинской помощи, на которую устанавливается тариф), и данная дополнительная составляющая отдельно оплачивается страховой медицинской организацией.

Достоинства:

- позволяет максимально точно планировать величину затрат на приобретение оборудования (нивелируется влияние различий тарифов на оказание различных видов медицинской помощи на величину средств, получаемых учреждением для приобретения оборудования);
- позволяет при необходимости планировать величину затрат на приобретение оборудования дифференцировано по конкретным учреждениям.

Недостатки:

- тариф оказывается не «цельным» – разделенным на несколько составляющих, что не вписывается в общепринятую систему тарификации.

5.2.2. Пропорциональный метод включения в тарифы на оплату медицинской помощи дополнительных затрат на приобретение оборудования (пропорционально определенным базам): пропорционально общей величине затрат по другим статьям расходов или отдельным составляющим тарифа. Данный способ имеет несколько разновидностей:

5.2.2.1. Пропорционально затратам на оказание медицинской помощи (пропорционально «пяти статьям»).

Данный способ предполагает, что к основному тарифу, отражающему затраты на оказание медицинской помощи, применяется повышающий коэффициент, связанный с затратами на приобретение оборудования.

Достоинства:

- достаточно простой и понятный способ.

Недостатки:

- на общую величину средств, которые получает медицинская организация на приобретение оборудования через коэффициенты, влияет структура ока-

зываемых услуг («дорогих» или «дешевых»). Поэтому при изменении структуры оказываемых услуг медицинская организация может получить сумму средств, значительно отличающуюся от плановой в ту или другую сторону.

5.2.2.2. Пропорционально стоимости других статей расходов, включенных в тариф на оказание медицинской помощи (пропорционально полным затратам, за исключением затрат на приобретение оборудования).

Данный способ включения в тарифы на оплату медицинской помощи дополнительных затрат на приобретение оборудования основан на включении затрат на приобретение оборудования пропорционально стоимости других статей расходов, включенных в тариф на оказание медицинской помощи (пропорционально полным затратам, за исключением затрат на приобретение оборудования).

Достоинства:

– достаточно простой и понятный способ.

Недостатки:

– в случае дифференцированности «полного» тарифа, расчет коэффициентов становится сложным (трудоемким);

– единые коэффициенты (отражающие затраты на приобретение оборудования) к полному тарифу приведут к дифференцированной величине средств, получаемых каждой из медицинских организаций (в силу больших различий той части тарифа, которая связана с содержанием учреждений).

5.2.2.3. Включение затрат на приобретение оборудования в накладные расходы с распределением в порядке, принятом для распределения накладных расходов (как правило, пропорционально фонду заработной платы основного персонала).

Достоинства:

– достаточно простой и понятный способ (в т. ч. благодаря широкой распространенности).

Недостатки:

– не совсем корректный с методологической точки зрения способ включения затрат в тарифы с учетом особенностей затрат (стоимость оборудования далеко не всегда коррелирует с фондом заработной платы или другим показателем, взятым в качестве базы).

5.2.3. Включение в тариф на оплату медицинской помощи дополнительных затрат на приобретение оборудования в виде прямых расходов.

Данный способ предполагает определение фиксированного значения затрат, необходимых для приобретения оборудования и включение в тариф в фиксированном размере (наряду с затратами на медикаменты, продукты питания и т. д.).

Достоинства:

– достаточно точный способ.

Недостатки:

– данный способ может потребовать большой дифференциации тарифов по медицинским организациям со всеми вытекающими отсюда последствиями.

5.2.4. На основе порядков оказания медицинской помощи (при включении затрат на приобретение оборудования в медико-экономические стандарты).

Данный способ предполагает расчет тарифов на оказание медицинской помощи в системе ОМС на основе медико-экономических стандартов, к которым добавляется стоимость средств, необходимых для приобретения оборудо-

дования исходя из порядков оказания медицинской помощи по данным видам медицинской помощи.

Достоинства:

– позволяет научно обоснованно планировать величину затрат на приобретение оборудования, необходимого для оказания данных видов медицинской помощи.

Недостатки:

– не по всем видам медицинской помощи могут быть разработаны и утверждены стандарты медицинской помощи и порядки оказания медицинской помощи;

– данный способ не учитывает уже имеющейся оснащенности учреждений здравоохранения медицинским оборудованием;

– высокая трудоемкость расчетов.

5.3. Принципы дифференциации тарифов по медицинским организациям (в первую очередь, по медицинским организациям, на базе которых осуществляется расчет величины затрат) связаны с различием затрат на приобретение оборудования.

5.4. Необходимость дифференциации тарифов по медицинским организациям, связанная с различием затрат на приобретение оборудования по организациям, в случае если речь идет об оборудовании, стоимостью до 100 тыс. руб. за единицу, не является столь актуальной, как дифференциация дополнительных затрат, необходимых для деятельности медицинской организации в целом.

5.5. Актуальной дифференциация является в следующих случаях:

– когда затраты на оборудование включаются в тарифы конкретных учреждений с учетом реальной технической оснащенности учреждений (сложный и трудоемкий метод);

– когда речь идет об оборудовании стоимостью свыше 100 тыс. руб. за единицу (которым организации часто оснащаются по-разному с учетом иерархического уровня, этапности оказания медицинской помощи и т. д.);

– когда затраты на оказание медицинской помощи объединяются с затратами, необходимыми для деятельности медицинской организации в целом (если предполагается дифференциация последних).

5.6. Основные варианты дифференциации тарифов на оказание медицинской помощи в связи с включением в тарифы затрат на приобретение оборудования:

1) отсутствие дифференциации;

2) группировка тарифов;

3) утверждение индивидуальных тарифов;

4) использование единых тарифов на оказание медицинской помощи с дифференцированными дополнительными составляющими тарифа, отражающими затраты на приобретение оборудования (отдельно или с учетом затрат, необходимых для деятельности медицинской организации в целом).

6. Оптимальный порог дифференциации тарифов на оплату медицинской помощи в части постоянных расходов

6.1. При решении вопроса о дифференциации тарифов на оплату медицинской помощи целесообразно учитывать следующие факторы:

- иерархический уровень медицинских организаций (например, участковая больница, центральная районная больница, областная (краевая, республиканская) больница и т. д.);
- объективные различия в затратах на содержание организаций (в первую очередь, коммунальные платежи, связанные с различными тарифами на услуги различных поставщиков воды, тепла, электричества; с различными системами отопления: централизованное снабжение, собственные котельные и т. д.);
- различия в затратах на приобретение оборудования (связанные со спецификой организации, реальной оснащенностью оборудованием и т. д.);
- особенности объекта ценообразования (законченный случай оказания медицинской помощи по профилю, нозологической группе, КСГ, КЗГ, медико-экономический стандарт и т. д.). Чем более сложная система тарифов, чем больше видов тарифов, тем менее целесообразна детальная дифференциация, поскольку это еще более усложняет систему тарифов, делая ее излишне громоздкой;
- другие факторы.

Учитывая наличие большого числа факторов, вызывающих дифференциацию затрат на содержание организаций, на первом этапе включения дополнительных статей расходов в тариф неизбежно будет высокая дифференциация тарифов в зависимости от сложившихся расходов организации.

6.2. Однако задача тарифного регулирования заключается не только в корректном отражении сложившегося уровня тарифов, но и в стимулировании их оптимизации. Результатом такого стимулирования может быть как экономия на уровне самих организаций, так и принятие собственниками медицинских организаций решений о рационализации системы тепло-, водоснабжения, проведение мероприятий по теплоизоляции зданий и т. д.

6.3. Поэтому на следующих этапах целесообразно разработать меры, направленные на стимулирование сокращения расходов, связанных с содержанием, у тех медицинских организаций, которые имеют повышенные (по сравнению с другими аналогичными медицинскими организациями) расходы.

Одной из таких мер, создающих стимулы к сокращению расходов, но одновременно учитывающих серьезные неустраняемые различия в расходах (или устраняемые в рамках длительного периода времени, например, за счет реконструкции котельной, теплотрассы и т. д.), является группировка тарифов с последующим снижением дифференциации тарифов как в рамках одних и тех же групп, так и по возможности – между группами тарифов.

6.4. Практика показывает, что оптимальным вариантом является наличие 3–5 групп тарифов. Хотя на первом этапе их может быть значительно больше.

Шаг дифференциации (размер различий между группами тарифов) может быть:

- равномерным;
- неравномерным.

6.5. Равномерный шаг дифференциации используется для случаев, когда производится дифференциация на основе имеющихся многочисленных тарифов, различающихся по своему уровню. В таких случаях разницу в максимальном и минимальном значениях тарифов делят на определенное количество групп и определяют учреждения, тарифы для которой попадают в каждую соответствующую группу.

Формула нахождения шага дифференциации в этом случае следующая:

$$\text{Ш}_д = (T_{\max} - T_{\min}) / (n - 1)$$

где:

$\text{Ш}_д$ – шаг дифференциации;

T_{\max} – максимальное значение тарифа;

T_{\min} – минимальное значение тарифа;

n – число планируемых групп тарифов.

6.6. Неравномерный шаг дифференциации применяется тогда, когда формирование групп тарифов является не результатом группировки на основе имеющихся различных по уровню тарифов, а обусловлено конкретными признаками (как правило, иерархическим уровнем учреждений). Именно различия в уровне затрат (по учреждениям различного иерархического уровня и т. д.) лежат в основе дифференциации затрат между группами учреждений, сгруппированных по данному признаку.

Аналогичный подход используется при группировке тарифов в рамках формирования клинико-статистических групп (КСГ); клинико-затратных групп (КЗГ) и при других аналогичных группировках.

Таким образом, видно, что нецелесообразно заблаговременно устанавливать пороги дифференциации – они должны стать результатом конкретных экономических расчетов.

7. Порядок включения в тариф на оплату медицинской помощи дополнительных затрат частных медицинских организаций

7.1. Политика государства в отношении привлечения частных производителей медицинских услуг в систему ОМС должна строиться на экономической рыночной основе. Включение или невключение в тарифы, по которым частным производителям предлагается оказывать (продавать) свои услуги, тех или иных видов затрат должно определяться такими факторами, как возможности оказания необходимого объема услуг государственными учреждениями, степенью насыщенности рынка соответствующими услугами, наличием конкуренции среди производителей и т. д.

7.2. Обычно необходимый объем медицинской помощи в системе ОМС могут покрыть государственные (муниципальные) учреждения, а участие в системе ОМС частных производителей – добровольно. В случае если мощностей государственных учреждений не хватает и в целях привлечения дополнительных производителей, государство вынуждено предлагать им более высокую оплату (более справедливую для частных клиник, но экономически оправданную и для государства). Именно потому, что ОМС – это не чисто рыночная сфера. Таким образом, государство должно подходить с рыночных позиций – степени потребности в привлечении частных производителей.

7.3. Тарифы на медицинские услуги частных медицинских организаций, работающих в системе ОМС, должны формироваться исходя из общих подходов к формированию тарифов в части оказания медицинской помощи и обоснованного уровня затрат конкретной медицинской организации (в части затрат, необходимых для деятельности медицинской организации в целом, для приобретения оборудования и т. д.).

Но обычно частные медицинские организации закладывают более высокий уровень затрат на техническое обслуживание, охрану и т. д. по сравнению с государственными (муниципальными) учреждениями. Поэтому нерационально в каждом случае брать индивидуальные затраты частных медицинских организаций.

7.4. Целесообразно на первом этапе сопоставимые виды затрат (охрана, стирка, ремонты и т. д.) рассчитывать по затратам государственных (муниципальных) учреждений, а виды затрат, характерные только для конкретной частной медицинской организации, а также зависящие от особенностей помещений, поставщика коммунальных услуг и т. д. – по расходам данной коммерческой организации – аналогично тому, как на первом этапе производится дифференциация тарифов, учитывающая индивидуальные затраты (в части затрат на содержание медицинских организаций) для государственных (муниципальных) учреждений здравоохранения.

7.5. При этом в тарифах, устанавливаемых для частных медицинских организаций, не должны находить отражение дополнительные затраты, связанные с сервисными и/или бытовыми услугами.

7.6. На следующих этапах должна производиться постепенная унификация тарифов и для частных медицинских организаций в рамках общего процесса уменьшения дифференциации тарифов.

Раздел II. Опыт перехода субъектов Российской Федерации на преимущественно одноканальное финансирование здравоохранения через систему обязательного медицинского страхования в 2008–2012 гг.

С 2007 г. бюджетной политикой Российской Федерации установлены целевые направления развития здравоохранения: отработка эффективных механизмов финансирования медицинской помощи с ориентацией на конечный результат и поэтапный переход учреждений здравоохранения на преимущественно одноканальное финансирование через систему обязательного медицинского страхования.

Внедрение одноканального финансирования здравоохранения преимущественно через систему обязательного медицинского страхования началось в рамках реализации пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения (в 2007–2008 гг.) в 12 субъектах Российской Федерации: Республиках Татарстан и Чувашия, Краснодарском, Пермском и Хабаровском краях, а также Белгородской, Владимирской, Вологодской, Калининградской, Калужской, Ленинградской и Томской областях. Перед регионами была поставлена задача достижения уровня средств обязательного медицинского страхования, направляемых на оплату медицинской помощи, не менее 60,0% от общего размера финансирования здравоохранения. К 2009 году этот целевой показатель в регионах – участниках пилотного проекта был почти достигнут и составил 58,0%, в то время как в целом по Российской Федерации доля средств обязательного медицинского страхования составляла менее 50,0%.

Изменения в финансовом обеспечении регионального здравоохранения в субъектах Российской Федерации, осуществляющих поэтапный переход на одноканальное финансирование медицинской помощи через систему обяза-

тельного медицинского страхования, способствовали повышению эффективности деятельности медицинских организаций, расширению самостоятельности руководителей учреждений, заинтересованности медицинского персонала в развитии ресурсосберегающих технологий и внедрению инструментов финансового и экономического менеджмента.

Положительные результаты пилотного проекта были приняты регионами, и в последующие два года количество субъектов Российской Федерации, работающих по одноканальному финансированию, увеличилось в два раза: с 12 до 28 субъектов Российской Федерации. При этом впервые был отмечен перевес в сторону средств обязательного медицинского страхования при оплате медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

В соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» с 2011 г. в субъектах Российской Федерации реализуются региональные программы модернизации здравоохранения, в рамках которых в 2011–2012 гг. в регионах осуществлялись мероприятия по поэтапному переходу к 2013 г. на одноканальное финансирование здравоохранения через систему обязательного медицинского страхования.

В соответствии с ч. 3 ст. 51 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в период 2011–2012 гг. субъекты Российской Федерации могли устанавливать расширенный тариф на оплату медицинской помощи в части территориальных программ обязательного медицинского страхования (далее – ТПОМС), включающий в себя не только расходы на оплату труда, начисления на выплаты по оплате труда, приобретение медикаментов, расходных материалов и организацию питания в стационарных условиях, но и расходы на оплату услуг связи, транспортных и коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, а также расходы на приобретение оборудования стоимостью до 100 тыс. руб. за единицу. Согласно ч. 4 указанной статьи закона субъекты Российской Федерации могли также включать в территориальную программу ОМС случаи оказания медицинской помощи при отдельных заболеваниях и состояниях здоровья, не предусмотренных базовой программой обязательного медицинского страхования. До 2013 г. дополнительные виды медицинской помощи могли включаться в ТПОМС без соблюдения условия выполнения нормативов, установленных базовой программой обязательного медицинского страхования при сохранении объема финансового обеспечения территориальной программы ОМС в 2011–2012 гг. не ниже уровня 2010 г., в том числе в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования.

В целях подготовки к внедрению одноканального финансирования в рамках модернизации регионального здравоохранения, при непрерывном повышении эффективности управления ресурсами здравоохранения, в субъектах

Российской Федерации осуществлялся комплекс мероприятий по созданию условий для перехода с 2013 г. к оплате медицинской помощи через систему обязательного медицинского страхования:

- 1) реструктуризация сети учреждений здравоохранения с учетом уровней оказания бесплатной медицинской помощи, направленная на повышение структурной эффективности здравоохранения;
- 2) приведение ресурсного обеспечения (материально-технической базы, кадрового потенциала) учреждений здравоохранения в соответствие с федеральными стандартами и порядками оказания медицинской помощи;
- 3) реализация мероприятий по поэтапному расширению тарифа по обязательному медицинскому страхованию (включение в него статей затрат, не предусмотренных базовой программой обязательного медицинского страхования);
- 4) организационные подготовительные мероприятия по внедрению эффективных способов оплаты медицинской помощи, в том числе систем оплаты труда медицинских работников, ориентированных на результаты их деятельности, направленные на ресурсосбережение и достижение максимальных результатов лечебно-диагностического процесса.

Во всех субъектах Российской Федерации указанные мероприятия реализовывались органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации и территориальными фондами обязательного медицинского страхования, что позволило взвешенно и поэтапно перейти с 2013 г. на одноканальное финансирование здравоохранения через систему обязательного медицинского страхования.

При этом в регионах приоритет отдавался медицинским учреждениям с высокой степенью готовности к изменению порядка финансирования медицинской помощи и расходования средств обязательного медицинского страхования, не имеющим кредиторской задолженности прошлых лет, в частности по коммунальным платежам, избыточных стационарных мощностей, а также медицинским организациям, применяющим эффективные способы оплаты медицинской помощи с отработанным управленческим учетом по статьям прямых затрат и объему оказываемых медицинских услуг. В систему одноканального финансирования включались как медицинские учреждения, ранее финансировавшиеся из средств обязательного медицинского страхования, так и медицинские учреждения, финансировавшиеся из бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов. Этапность реализовывалась в виде постепенного расширения перечня медицинских организаций, оплата медицинской помощи которых осуществлялась за счет средств обязательного медицинского страхования, а также включения финансового обеспечения за счет средств обязательного медицинского страхования расходов, ранее финансируемых из бюджетов всех уровней:

– на первом этапе – в тариф по обязательному медицинскому страхованию дополнительно включались расходы на оплату услуг связи, транспортные услуги, арендную плату за пользование имуществом, прочие услуги, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы (выплата штрафов

и пеней, возникших по вине учреждения здравоохранения, возмещение морального ущерба по решению судебных органов, представительские расходы и др.), приобретение медицинского оборудования стоимостью до 100 тыс. руб. за единицу (вариант А);

- на втором этапе – в тариф по обязательному медицинскому страхованию дополнительно к варианту А включались расходы на оплату коммунальных услуг (вариант В);
- на третьем этапе – дополнительно к варианту В в тариф по обязательному медицинскому страхованию включались расходы на оплату программного обеспечения и компьютерных баз данных, работ и услуг по содержанию имущества (вариант С).

<...>

Расходы на территориальную программу ОМС субъектов Российской Федерации, осуществлявших переход на одноканальное финансирование через систему обязательного медицинского страхования, в 2012 г. составили 580 186,0 млн руб. (в 4,4 раза больше 2009 г. – 130 547,6 млн руб.), из них:

- по базовой программе обязательного медицинского страхования (5 статей по видам помощи, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования) – 508 708,3 млн руб. (87,7% всех расходов на территориальную программу ОМС);
- сверх базовой программы обязательного медицинского страхования – 71 477,7 млн руб. (12,3% всех расходов на территориальную программу ОМС), что превысило уровень 2009 г. почти в 4 раза (18 710,5 млн руб.).

<...>

По итогам 2012 г. значительный рост расходов на оплату медицинской помощи сверх базовой программы обязательного медицинского страхования, в сравнении с 2009 г., отмечен в Республике Коми (с 22,2 млн руб. до 1576,2 млн руб.), Камчатском крае (с 20,2 млн руб. до 585,5 млн руб.), Красноярском крае (с 127,0 млн руб. до 3117,8 млн руб.), Тамбовской области (с 10,0 млн руб. до 866,7 млн руб.), Оренбургской области (с 46,4 млн руб. до 3161,9 млн руб.), Кировской области (с 28,5 млн руб. до 1541,3 млн руб.), Костромской области (с 28,0 млн руб. до 925,2 млн руб.) и Кемеровской области (с 16,6 млн руб. до 503,8 млн руб.).

Наибольшая доля расходов на финансирование медицинской помощи, осуществленной сверх базовой программы обязательного медицинского страхования, в общих расходах на территориальную программу ОМС в 2012 г. отмечена в Республике Татарстан (48,1%), Калининградской области (39,3%), Костромской области (31,1%), Тюменской области (32,7%), Чукотском автономном округе (38,0%).

<...>

Мероприятия по поэтапному переходу на одноканальное финансирование через систему обязательного медицинского страхования в 2012 г. предусматривали расширение тарифа по обязательному медицинскому страхованию и включение в территориальную программу ОМС видов помощи и заболеваний, ранее финансируемых в соответствии с территориальной программой государственных гарантий за счет средств бюджетов соответствующих уровней.

1. Расширение перечня статей расходов в тарифе по обязательному медицинскому страхованию

Расширение тарифа на оплату медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в 2012 г. осуществлялось в 66 субъектах Российской Федерации. На реализацию указанных мероприятий учреждениями направлено 54 512,4 млн руб. (9,4% от всех расходов на территориальную программу ОМС регионов, осуществляющих переход на одноканальное финансирование, и 76,3% от всех расходов сверх базовой программы обязательного медицинского страхования). При этом в течение постпилотного периода (2009–2012 гг.) расходы сверх базовой программы обязательного медицинского страхования по указанному направлению увеличились в 4,5 раза (с 12 198,8 млн руб. до 54 512,4 млн руб.), а количество регионов, применяющих оплату медицинской помощи по базовой программе обязательного медицинского страхования сверх ее базового тарифа за счет средств обязательного медицинского страхования – с 23 до 66 субъектов Российской Федерации, то есть в три раза выше.

Наиболее широко одноканальное финансирование здравоохранения в 2012 г. применялось в Республике Татарстан (24,5% от общего размера расходов на территориальную программу ОМС), Пермском крае (20,5% от общего размера расходов на территориальную программу ОМС), Костромской области (27,2% от общего размера расходов на территориальную программу ОМС) и Ярославской области (20,4% от общего размера расходов на территориальную программу ОМС). В 2012 г. в ряде субъектов Российской Федерации, не осуществляющих одноканальное финансирование в 2011 г., указанное направление активно начало реализовываться: финансовое обеспечение медицинской помощи сверх базовой программы обязательного медицинского страхования в Волгоградской области составило 1307,4 млн руб., Новосибирской области – 1849,3 млн руб., Самарской области – 1571,1 млн руб., Тверской области – 1070,1 млн руб. и Челябинской области – 1715,3 млн руб.

Еще в период реализации пилотного проекта определился приоритетный набор статей расходов на оплату медицинской помощи по расширенному тарифу: первый – расходы на услуги связи, транспортные услуги, услуги по содержанию имущества в части проведения текущих ремонтов зданий учреждений здравоохранения и второй – наиболее затратные статьи расходов: коммунальные платежи, капитальный ремонт и приобретение медицинского оборудования.

<...>

Перечень видов расходов в 2012 г. при расширении тарифа по обязательному медицинскому страхованию различался в субъектах Российской Федерации:

1) Оплата по наиболее полному перечню статей расходов в отдельных медицинских организациях (услуги связи, транспортные услуги, коммунальные услуги, арендная плата за пользование имуществом, работы и услуги по содержанию имущества, прочие работы и услуги, увеличение стоимости основных средств, увеличение стоимости материальных запасов) внедрялась в 51 субъекте Российской Федерации (Республики Адыгея, Башкортостан, Ко-

ми, Карачаево-Черкесская, Саха (Якутия) и Татарстан, Алтайский, Забайкальский, Камчатский, Краснодарский, Красноярский, Пермский и Ставропольский края, Амурская, Архангельская, Астраханская, Брянская, Владимирская, Волгоградская, Вологодская, Ивановская, Калининградская, Калужская, Кемеровская, Кировская, Костромская, Курская, Ленинградская, Липецкая, Мурманская, Нижегородская, Новгородская, Новосибирская, Оренбургская, Орловская, Пензенская, Псковская, Рязанская, Самарская, Саратовская, Свердловская, Смоленская, Тамбовская, Тверская, Томская, Тульская, Тюменская, Ульяновская, Челябинская и Ярославская области, Чукотский автономный округ);

2) Структура тарифа по оплате медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях, в которых осуществлялся переход на одноканальное финансирование, за счет средств обязательного медицинского страхования, включала не все виды затрат, из вышеуказанных, в 15 субъектах Российской Федерации:

- коммунальные услуги – в Удмуртской Республике;
 - расходы на арендную плату за пользование имуществом – в Республике Тыва и Курганской области;
 - расходы на приобретение основных средств – в г. Санкт-Петербурге;
 - расходы на арендную плату за пользование имуществом и расходы на приобретение основных средств – в Республиках Дагестан и Карелия;
 - расходы по приобретению прочих работ и услуг, расходы на приобретение основных средств и материальных запасов – в Новгородской области;
 - расходы на коммунальные услуги и арендную плату за пользование имуществом – в Республике Марий Эл и Хабаровском крае;
 - расходы на арендную плату за пользование имуществом, расходы на приобретение основных средств и материальных запасов – в Республике Чувашия;
 - расходы на арендную плату за пользование имуществом, содержание имущества, расходы по приобретению прочих работ и услуг, расходы на приобретение основных средств и материальных запасов – в Омской области;
 - расходы на содержание имущества и на приобретение основных средств – в Республике Ингушетия;
 - расходы на приобретение основных средств и материальных запасов – в Московской области;
 - расходы на приобретение материальных запасов – в Иркутской области;
 - расходы на транспортные услуги, арендную плату за пользование имуществом, расходы на приобретение основных средств – в Магаданской области.
- В период с 2009 по 2012 г. отмечалось значительное увеличение уровня использования средств обязательного медицинского страхования на коммунальные услуги с 2367,9 млн руб. до 17 158,5 млн руб., что свидетельствует о достижении регионами к 2013 г. высокой готовности к оплате медицинской помощи через систему обязательного медицинского страхования. В 2012 г. данные расходы составили 3,0% от общих расходов на медицинскую помощь в рамках территориальной программы ОМС (24% в структуре расходов сверх базовой программы обязательного медицинского страхования). Прочие работы и услуги (установка и монтаж локальных вычислительных сетей,

систем охранной и пожарной сигнализации и др.) составили 9274,6 млн руб., или 1,6% от общих расходов на медицинскую помощь в рамках территориальной программы ОМС (13% в структуре расходов сверх базовой программы обязательного медицинского страхования), увеличение стоимости материальных запасов (горюче-смазочные материалы – 0,4%, прочие материальные запасы – 1,2%) – 8667,5 млн руб., или 1,6% от общих расходов на медицинскую помощь в рамках территориальной программы ОМС (12% в структуре расходов сверх базовой программы обязательного медицинского страхования), прочие расходы сверх базовой программы ОМС (оплата налога на имущество, других налогов и сборов, штрафов и пеней, в том числе штрафов за нарушение требований пожарной безопасности, возмещение физическому лицу морального и физического вреда, взысканного по решению суда, в связи с некачественным оказанием медицинской помощи, расходы на компенсационные выплаты и социальное обеспечение работников медицинских организаций) – 6985,9 млн руб., или 1,2% от общих расходов на медицинскую помощь в рамках территориальной программы ОМС (9,8% в структуре расходов сверх базовой программы обязательного медицинского страхования).

2. Включение в территориальные программы обязательного медицинского страхования дополнительных видов медицинской помощи, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования

В 37 субъектах Российской Федерации в 2012 г. в территориальные программы ОМС были включены виды помощи, не входящие в базовую программу обязательного медицинского страхования (скорая медицинская помощь, медицинская помощь по профилям психиатрия, наркология, фтизиатрия, венерология, профпатология, а также койки сестринского ухода и др.), ранее финансируемые за счет средств бюджетов разных уровней.

На реализацию данного направления учреждениями в 2012 г. было использовано 16 965,2 млн руб., или 2,9% от общих расходов на территориальную программу ОМС, что выше уровня 2009 г. (6511,7 млн руб.) в 2,6 раза.

В структуре расходов на медицинскую помощь, оказываемую сверх базовой программы обязательного медицинского страхования, наибольшую долю составили расходы на скорую медицинскую помощь (35,8%), медицинскую помощь при социально значимых заболеваниях (34,8%) и высокотехнологическую медицинскую помощь (19,0%). Расходы на скорую медицинскую помощь и медицинскую помощь при социально значимых заболеваниях составили примерно равные доли в структуре расходов на дополнительные виды медицинской помощи.

<...>

Оплата скорой медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования осуществлялась в 19 субъектах Российской Федерации (Республики Алтай, Коми и Татарстан, Ивановская, Калининградская, Кировская, Костромская, Ленинградская, Липецкая, Мурманская, Нижегородская, Новосибирская, Оренбургская, Пензенская, Самарская, Тамбовская, Тюменская, Ярославская области и Чукотский автономный округ).

В 2012 г. медицинскими организациями службы скорой медицинской помощи использовано 6077,8 млн руб. Доля расходов на данный вид медицинской помощи составила 1,0% всех расходов на территориальную программу ОМС, при этом отмечается рост расходов в сравнении с 2009 г. в три раза. Наибольшая доля использованных средств обязательного медицинского страхования отмечена в Ленинградской области – 8,9%, Калининградской области – 7,3%, Оренбургской области – 7,2%, Кировской области – 6,5%. Расходы средств, предоставленных из бюджетов территориальных фондов обязательного медицинского страхования на оплату специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи осуществлялись в трех регионах (Республика Татарстан, Тюменская область и Чукотский автономный округ).

Высокотехнологичная медицинская помощь оплачивалась за счет средств обязательного медицинского страхования в 4 субъектах Российской Федерации (Республика Татарстан, Красноярский край, Тюменская область, г. Санкт-Петербург). По итогам 2012 г. расходы на высокотехнологичную медицинскую помощь составили 3218,0 млн руб. (0,6% всех расходов на ТПОМС), что выше уровня 2009 г. в 5,6 раза. В Республике Татарстан указанные расходы составили 7,8% всех расходов на территориальную программу ОМС, в Красноярском крае – 1,2%, Тюменской области – 7,5%, г. Санкт-Петербурге – 1,1%. Санаторно-курортная медицинская помощь оплачивалась за счет средств обязательного медицинского страхования в 14 субъектах Российской Федерации (Республики Дагестан, Карачаево-Черкесия, Карелия, Северная Осетия – Алания, Татарстан, Забайкальский край, Хабаровский край, Калининградская, Курская, Орловская, Самарская, Саратовская, Смоленская и Томская области). Расходы на данный вид медицинской помощи составили 540,2 млн руб., или 0,1% от общего размера затрат по территориальной программе ОМС, также отмечен рост показателя по сравнению с 2009 г. в 2,5 раза.

В 2012 г. наряду с дополнительными видами помощи в территориальную программу ОМС включалась медицинская помощь при социально значимых заболеваниях в 14 субъектах Российской Федерации (Республики Коми и Татарстан, Красноярский край, Ивановская, Калининградская, Кировская, Ленинградская, Магаданская, Новосибирская, Пензенская, Тверская, Тюменская и Ярославская области, Чукотский автономный округ). Расходы, связанные с оказанием медицинской помощи при данных заболеваниях, за счет средств обязательного медицинского страхования составили 5897,2 млн руб., или 1,0% от общего размера затрат по территориальной программе ОМС, что выше уровня 2009 г. в 1,6 раза. Наибольшая доля расходов на медицинскую помощь при социально значимых заболеваниях отмечена в Республике Татарстан – 10,0%, Калининградской области – 12,3%, Тюменской области – 10,5% и Чукотском автономном округе – 14,3%.

Выгодная подписка в редакции

Ваша
экономия
при подписке
на год
528 руб.

**Счет действителен
до 31 декабря 2013 г.**

ЗАО «МЦФЭР»
129090, г. Москва, ул. Щепкина, д. 25/20
Для писем: 129164, г. Москва, а/я 9
Тел.: 8 (495) 937-90-82, 8 (495) 933-63-17
Факс: 8 (495) 933-52-62
E-mail: ap@mcfr.ru
www.proflit.ru

Банковские реквизиты
ИНН 7702019904, КПП 770201001
ОАО «Сбербанк России», г. Москва
Московский банк
Сбербанка России ОАО г. Москва
БИК 044525225
к/с 30101810400000000225
р/с 40702810638180134443

Счет № Ж1181

«03» декабря 2013 г.

Предмет счета	Количество комплектов	Цена, руб.	Сумма, руб.
Подписка на комплект журналов на 2014 год (январь – декабрь): «Здравоохранение», 12 номеров «Управление качеством в здравоохранении», 4 номера	1	10 860-00	10 860-00
		НДС 10%	1086-00
		Всего к оплате	11 946-00

Всего к оплате: Одиннадцать тысяч девятьсот сорок шесть рублей 00 копеек

Генеральный директор

Главный бухгалтер



М.А. Межанский

А.П. Игнатова

Внимание! В платежном поручении укажите адрес доставки, включая индекс, Ф.И.О. контактного лица и телефон с кодом города. Копию платежного поручения отправьте по факсу или e-mail в отдел по работе с клиентами.

Счет № Ж1182

«03» декабря 2013 г.

Предмет счета	Количество комплектов	Цена, руб.	Сумма, руб.
Подписка на комплект журналов на I полугодие 2014 года (январь – июнь): «Здравоохранение», 6 номеров «Управление качеством в здравоохранении», 2 номера	1	5670-00	5670-00
		НДС 10%	567-00
		Всего к оплате	6237-00

Всего к оплате: Шесть тысяч двести тридцать семь рублей 00 копеек

Генеральный директор

Главный бухгалтер



М.А. Межанский

А.П. Игнатова

Внимание! В платежном поручении укажите адрес доставки, включая индекс, Ф.И.О. контактного лица и телефон с кодом города. Копию платежного поручения отправьте по факсу или e-mail в отдел по работе с клиентами.



Отдел по работе с клиентами
Тел.: 8 (495) 937-90-82, 8 (495) 933-63-17. Факс: 8 (495) 933-52-62. E-mail: ap@mcfr.ru
Подробнее о профессиональных изданиях на www.proflit.ru/medicine

Выберите удобный для вас способ подписки

В редакции – быстро, выгодно и надежно!



Оплатите **счет редакции**, размещенный в журнале



Подпишитесь, позвонив по тел.: **8 (495) 937-9082**



Сделайте заказ на сайте **www.proflit.ru**

Преимущества подписки в редакции

- **Выгодная цена при подписке на год**
- **Дополнительная экономия** при подписке на комплекты изданий
- **Выгодная стоимость подписки**, без наценки за доставку
- **Гарантированная доставка** изданий с комплектом необходимых документов

Реклама

На почте по каталогам*:

«Роспечать» – 47715, 72715; «Почта России» – 16693, 99732; «Пресса России» – 84988, 40533

В альтернативном агентстве вашего города

Москва: ООО «Агентство “Урал-Пресс”» 8 (495) 789-86-36; ООО «Глобал Пресс Логистик» 269-09-00; ООО «Деловые издания» 8 (495) 685-59-78; ООО АП «Деловая пресса» 8 (495) 665-68-92; ООО «Агентство ГАЛ» 8 (499) 685-13-61; ОАО «АРЗИ» 8 (495) 680-83-65; ОАО Агентство «Роспечать» 8 (495) 921-25-55; ООО «Центр информационных технологий» 8 (495) 221-12-76; ООО «Один-2» 8 (49657) 3-99-91. **Санкт-Петербург:** ООО «СОЮЗПЕЧАТЬ-КУРЬЕР» 8 (812) 786-65-68. **Барнаул:** ООО «АП “Роспечать-Алтай”» 8 (3852) 63-55-02. **Калининград:** ООО «Пресса-Подписка» 8 (4012) 53-50-81; ИП Юрина А.З. 8 (4012) 991-808. **Киров:** ООО «Деловая Пресса» 8 (8332) 37-38-00. **Красноярск:** ООО «Фирма “АЛЗАР”» 8 (3912) 290-32-38. **Пермь:** ООО «ПРЕССА-ЛЮКС» 8 (342) 210-72-01. **Псков:** ЗАО «Печать Плюс» 8 (8112) 66-91-94. **Саратов:** ООО «Орикон-Пресс АДИ» 8 (8452) 52-44-36. **Тольятти:** ООО «АДП-Информ» 8 (8482) 66-49-34. **Тюмень:** ООО «Деловая Пресса» 8 (3452) 67-24-19. **Чебоксары:** ООО «Прессмарк» 8 (8352) 55-10-68.

* Журнал «Здравоохранение», индекс на год/полугодие

ИЗДАТЕЛЬ: ЗАО «МЦФЭР»
МЕЖАНСКИЙ М.А. генеральный директор

ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ МЦФЭР

Гирихиди В.П. директор Издательского дома
Богданова Е.В. главный редактор Издательского дома
Пьяных С.М. заместитель главного редактора Издательского дома

Редакция

Левен М.О. руководитель отраслевого направления «Медбизнесресурс»
Иванов А.В. главный редактор объединенной редакции «Здравоохранение»
Рыбакова Т.А. ответственный редактор
Аликина Л.С. редактор
Новрузова Е.В. выпускающий редактор
Меркулова Е.В. редактор
Титова С.Ю. верстальщик
Голубева Т.Н. дизайн-концепция
Воробьева Л.М. редактор отдела иллюстраций

Адрес редакции: 127287, г. Москва, ул. 2-я Хуторская, д. 38А, стр. 17, тел.: 8 (495) 937-90-80

Наш сайт в Интернете: www.zdrav.ru. **Интернет-магазин:** www.proflit.ru

Для писем: 129164, г. Москва, а/я 9. E-mail: meddep@mcfr.ru

Подписные индексы*:

«Роспечать» – 72715, 47715

«Почта России» – 99732, 16693

«Пресса России» – 40533, 84988

* Полугодовой и годовой.

Отдел продвижения

Руководитель – Михайлова Н.М., nmikhaylova@mcfr.ru
Ведущий бренд-менеджер – Осипова Е.А., eosipova@mcfr.ru

Размещение рекламы

Тел.: 8 (495) 937-90-83

Карпов Е.Н. директор

ekarпов@mcfr.ru

Гапонова И.В. старший менеджер

gaponova@mcfr.ru

Оводова О.Н. менеджер

ovodova@mcfr.ru

Отдел по работе с клиентами

Тел.: 8 (495) 937-90-82, 933-63-17

Факс: 8 (495) 933-52-62

e-mail: pressa@mcfr.ru

Претензии по доставке направлять по факсу: 8 (495) 933-52-62, e-mail: pressa@mcfr.ru

Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов.

Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов.

*Перепечатка материалов, опубликованных в журнале «Здравоохранение»,
допускается только с письменного согласия редакции.*

Свидетельство о регистрации средства массовой информации № 013625 от 26.05.1995 выдано
Комитетом РФ по печати.

Подписано в печать 15.11.2013. Формат 70 × 108 1/16. Бумага офсетная.

Усл. печ. л. 9,8. Тираж 7200 экз. Изд. № 5458. Зак. № К-11999.

ЗАО «МЦФЭР» (Международный центр финансово-экономического развития).
129090, г. Москва, ул. Щепкина, д. 25/20.

Цена свободная.

ГУП Чувашской Республики «ИПК “Чувашия”»

428019, Чувашская Республика, г. Чебоксары, пр-т И. Яковлева, д. 13

© ЗАО «МЦФЭР», 2013



УНИВЕРСАЛЬНЫЕ ПРОСТЫЕ РЕШЕНИЯ ДЛЯ РАЗМЕЩЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

DURABLE
THE STYLE OF SUCCESS

В медицинское учреждение люди приходят за помощью. Поэтому в больнице все должно быть понятно, а именно: как зовут врача, в каком кабинете он принимает, где находится процедурная и т.д. Немецкая компания DURABLE предлагает комплексные решения для оснащения медицинских учреждений. Демонстрационное оборудование, бейджи, таблички, информационные рамки для поликлиник, госпиталей, санаториев и частных клиник.



Бейджи

Различные размеры и типы крепления: на магните, с поворотным клипом, рулетки для считывающих устройств. Современный, элегантный дизайн.

Демонстрационные системы

Для размещения правил посещения больных, правил пользования электронной системой записи, режима приема докторов, списков необходимых для приема документов и т.д. Напольные, настенные и настольные конструкции из прочного материала, в т.ч. с антибактериальной добавкой. 5 лет гарантии.

Дисплей для рекламной информации

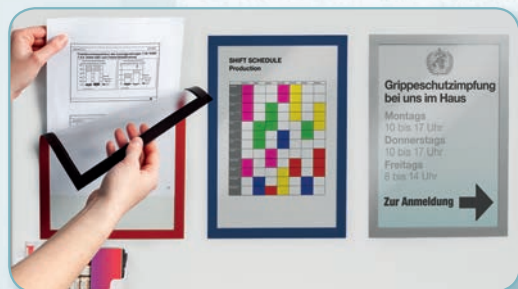
Для размещения материалов профилактического или рекламного характера форматов А4 или А6.

Навигационные таблички

В пластиковом или металлическом профиле. Разные цвета профиля. Два способа крепления, 7 популярных размеров. Быстрая смена вкладыша.

Информационные рамки MAGAFRAME™

Оптимально для размещения важных объявлений, оперативной информации. Самоклеящаяся основа для гладких поверхностей: кафель, крашенные стены, стекло, металл, ламинированные двери. Смена вкладыша за 2 секунды – просто поднимите магнитный верхний лист. Цветной профиль. Переклеивание до 30 раз (без следов клея). Форматы: А6, А5, А4, А3.



Реклама

Подробную информацию о продукции DURABLE вы найдете на сайте www.durable-russia.com, в разделе «Продукция для медицинских учреждений».

По вопросам приобретения продукции обращайтесь в представительство компании DURABLE по тел.: **8 (495) 601-92-13**; e-mail: durable_russia@mail.ru



Laboratoires De Genie

МОСКОВСКАЯ МЕЖДУНАРОДНАЯ ЛАБОРАТОРИЯ ПАТОМОРФОЛОГИИ

Медицинская Лаборатория «Laboratoires De Genie» - это высокотехнологичный лабораторный комплекс узкой специализации, основным профилем которого являются патоморфологические методы исследования с новым для России уровнем качества и уникальными гарантиями достоверности результатов.



127287, г. Москва
2-я Хуторская ул. , д. 38 «А», стр. 14
Тел.: +7(495) 28 000 10

www.ldg.su



Точный диагноз в кратчайшие сроки!