

Здравоохранение

журнал рабочих ситуаций главного врача

№2

февраль 2012

18

Особенности разработки в медицинских организациях положения о служебных командировках

34

Подготовка требований к форме котировочной заявки, подаваемой в электронном виде

42

Оптимизация оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистой патологией в субъекте РФ

80

Обязаны ли ЛПУ применять только лекарства из перечня ЖНВЛП?

**КОД
ПОДПИСЧИКА
НА СТР. 14**

26 Новый порядок формирования начальных цен контрактов на отдельные виды медицинского оборудования

Профессиональные издания для управления ЛПУ и аптекой



Подписка в редакции

по тел.: (495) 937-9082

или на сайте www.shop.mcfr.ru

**Подписка
со скидкой.**
См. в конце журнала.



МЦФЭР
медицина

РЕДАКЦИОННЫЙ И ЭКСПЕРТНЫЙ СОВЕТ

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

ИВАНОВ А.В. – главный редактор объединенной
редакции “Здравоохранение”

АЛЕКСАНДРОВА О.Ю. – д-р мед. наук, профессор
Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

АНДРЕЕВА О.В. – д-р мед. наук, профессор,
начальник инспекции по контролю расходов
федерального бюджета на здравоохранение и за
бюджетом Федерального фонда ОМС Счетной
палаты РФ

БЕЛОУСОВ Н.И. – канд. мед. наук, зам.
председателя правительства – начальник
департамента здравоохранения и социальной
защиты населения Белгородской области

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, проф.,
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 Первого
МГМУ им. И.М. Сеченова, первый заместитель
председателя Комитета Государственной Думы по
науке и наукоёмким технологиям

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

ГРИШИН В.В. – д-р экон. наук, профессор,
помощник Председателя Счетной палаты РФ

ДОРОЩЕНКО В.Н. – канд. мед. наук, директор
департамента здравоохранения Брянской области

КАДЫРОВ Ф.Н. – д-р экон. наук, зам. директора
ЦНИИОиЗ Минздравсоцразвития России

КОВАЛЕВСКИЙ М.А. – советник Конституционного
Суда Российской Федерации

КОЛЕСНИКОВ С.И. – д-р мед. наук, проф., акад.
РАМН, советник Президиума РАМН

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

МАМАЕВ И.А. – д-р мед. наук, Министр
здравоохранения Республики Дагестан

МУЛЛИНА В.П. – Министр здравоохранения
и социального развития Чувашской Республики

НАТХО Р.Х. – член Комитета Государственной Думы
по охране здоровья

ОНИЩЕНКО Г.Г. – д-р мед. наук, профессор,
академик РАМН, руководитель Федеральной
службы по надзору в сфере защиты прав
потребителей и благополучия человека

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

РУБИН А.Д. – д-р мед. наук, министр
здравоохранения Мурманской области

САФОНОВ А.Л. – д-р экон. наук, профессор,
заместитель Министра здравоохранения и
социального развития Российской Федерации

СЕМЕНОВ В.Ю. – д-р мед. наук, профессор,
министр здравоохранения Московской области

СОРМОЛОТОВ Б.П. – министр здравоохранения
Забайкальского края

СТАРОДУБОВ В.И. – д-р мед. наук, профессор,
академик РАМН, вице-президент РАМН,
директор Центрального НИИ организации
и информатизации здравоохранения
Минздравсоцразвития России

СТЕПАНОВ В.В. – канд. мед. наук, зав. сектором
Национального НИИ общественного здоровья РАМН

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

ТВЕРДОХЛЕБ Л.В. – канд. мед. наук, министр
здравоохранения Саратовской области

ШАМШУРИНА Н.Г. – д-р экон. наук, профессор
Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

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

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

ЮРИН А.В. – заслуженный экономист Российской
Федерации, председатель Федерального фонда
обязательного медицинского страхования

ЯНИН В.Н. – министр здравоохранения
Красноярского края

Содержание |

КОРОТКО

- 4 СОБЫТИЯ
- 8 НОРМАТИВНАЯ БАЗА
- 16 ЛЮДИ

РАБОЧАЯ СИТУАЦИЯ

УПРАВЛЕНЧЕСКИЙ УЧЕТ В ЛПУ

Е.В. Кулакова

- 18 Особенности разработки в медицинских организациях положения о служебных командировках (*продолжение*)

ГОСЗАКУПКИ ЛПУ

И.А. Сургутскова

- 26 Новый порядок формирования начальных цен контрактов на отдельные виды медицинского оборудования

С.В. Кичанов

- 34 Подготовка требований к форме котировочной заявки, подаваемой в электронном виде

МОДЕРНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Е.Ю. Лудупова, С.Н. Ким, Т.Ч. Модонова, Б.А. Гомбоева, И.С. Кицул

- 42 Оптимизация оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистой патологией в субъекте РФ

ИНФОРМАТИЗАЦИЯ ЛПУ

Е.А. Тарасенко

- 52 Профессиональные медицинские социальные сети – возможности и перспективы

КВАЛИФИКАЦИЯ КАДРОВ ЛПУ

Э.В. Зимина, Н.Ю. Ануфриева, А.В. Ермолин

- 60 Руководители медицинских организаций в контексте профессиональной управленческой компетентности

КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

ПОРЯДКИ И СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

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

- 68 Ограничительные списки лекарственных средств, действующих на территории Республики Татарстан

ФАРМАКОЭКОНОМИКА И ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

В.В. Власов, Л.Е. Зиганшина

- 80 Обязаны ли ЛПУ применять только лекарства из перечня ЖНВЛП?

ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ

ТРУДОВЫЕ ОТНОШЕНИЯ В ЛПУ

С.В. Афонин

- 88 Особенности подготовки раздела “Охрана труда” в коллективном договоре ЛПУ

ОХРАНА ТРУДА В ЛПУ

Е.П. Королева

- 94 Влияние вредных производственных факторов на здоровье работников скорой медицинской помощи

ПЕНСИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ РАБОТНИКОВ ЛПУ

И.С. Цветкова

- 102 Досрочное назначение трудовой пенсии по старости

ОПЫТ

РЕГИОНЫ

О.Ю. Кутумова, В.В. Гребенникова, А.А. Шмаланд

- 108 Роль центров медицинской профилактики в укреплении здоровья школьников

ОСНАЩЕНИЕ ЛПУ

- 113 Новые медицинские технологии в лечении и реабилитации неврологических больных
- 116 Система PACS AGFA HEALTHCARE установлена в НИИ неотложной детской хирургии и травматологии

НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

- 119 Единые рекомендации по установлению на федеральном, региональном и местном уровнях систем оплаты труда работников государственных и муниципальных учреждений на 2012 г.

Подготовка управленцев в сфере здравоохранения и образования для работы в регионах

Согласно Программе подготовки управленческих кадров в сфере здравоохранения и образования в 2011–2014 гг. планируется подготовить до 15 тыс. управленцев в сфере здравоохранения и образования для всех регионов России. Программа призвана обеспечить сопровождение проводимых в государстве реформ путем повышения профессиональных компетенций руководителей органов власти всех уровней и учреждений здравоохранения и образования. Обучение координируют Аппарат Правительства РФ и Комиссия по организации подготовки управленческих кадров для организаций народного хозяйства РФ под руководством зам. председателя Правительства РФ – руководителя Аппарата Правительства РФ В.В. Володина.

Обучение проводится на базе Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации. Лекции читают руководители Минздравсоцразвития России: Министр Т.А. Голикова, зам. Министра В.И. Скворцова, директора департаментов; председатель ФОМС России А.В. Юрин.

В рамках обучения слушатели разрабатывают проекты и защищают их перед экспертной комиссией, возглавляемой В.И. Скворцовой. Наиболее перспективные слушатели будут включены в кадровые резервы региональных и муниципальных образований.

Источник: по материалам www.minzdravsoc.ru

В 2009 г. ущерб от инфарктов в Российской Федерации составил 57,8 млрд руб.

Ведущим научным сотрудником ФГУ ГНИЦ профилактической медицины Минздравсоцразвития России А.В. Концевой при поддержке компании Medtronic был проведен анализ следующих экономических показателей за 2009 г.: расходы системы здравоохранения, выплата пособий по инвалидности, потери ВВП в связи со смертью трудоспособных граждан и временной нетрудоспособностью.

Согласно исследованию прямые затраты системы здравоохранения в 2009 г. составили 10,8 млрд руб. (18,6% от общего ущерба), а не прямые экономические потери – свыше 47 млрд руб. Инфаркты миокарда принесли России суммарный экономический ущерб на сумму 57,8 млрд руб. Это 0,2% всего ВВП, произведенного в 2009 г. В 2009 г. из-за смерти от инфаркта потеряны 113 041 год жизни трудоспособных граждан Российской Федерации, из них 8613 лет – вследствие смерти женщин.

Причинами высокой смертности из-за инфаркта миокарда в стране эксперты считают нехватку современных технологий лечения и медицинского оборудования. По данным генерального директора компании Medtronic в России Д.Б. Парамонова, в США на 10 тыс. жителей приходится около 40 процедур стентирования при остром коронарном синдроме, в европейских государствах – 25 процедур, в Российской Федерации – менее 4. Кроме того, на 1 млн чел. в США приходится 600 имплантируемых дефибрилляторов, в Европе – 200, в России – менее 10.

Источник: по материалам www.bfm.ru

10-я юбилейная выставка-форум “Здравоохранение юга России – 2012”

С 21 по 23 марта 2012 г. в Ростове-на-Дону пройдет 10-я специализированная выставка медицинского оборудования и технологий “Здравоохранение юга России – 2012”. Организаторами экспозиции выступают министерство здравоохранения администрации Ростовской области и выставочная фирма “Даэлком”.

Обсудите на сайте
WWW.ZDRAV.RU

Будут подробно рассмотрены следующие темы: организация здравоохранения; здоровье детей; страхование в здравоохранении; альтернативная медицина; аптека. Впервые будет проводиться экспозиция “Здоровый образ жизни”.

В рамках выставки-форума предусмотрено проведение обширной деловой программы, мастер-классов и презентаций организаций, а также диагностических процедур для населения.

Место проведения выставки: г. Ростов-на-Дону, ул. Б. Садовая, 115, конгресс-отель “Дон-Плаза”.

Дополнительную информацию можно получить по тел.: (863) 263-02-68, 240-60-55, 240-68-89 или написав на e-mail: dir@dialcom-expo.ru, www.dialcom-expo.ru.

Счетная палата провела мониторинг реализации приоритетного национального проекта “Здоровье”

На Коллегии Счетной палаты Российской Федерации под председательством С.Р. Степашина были проанализированы расходы на реализацию приоритетного национального проекта “Здоровье”. Были также рассмотрены итоги проверки целевого использования средств федерального бюджета, выделенных в рамках нацпроекта на строительство и оснащение перинатальных центров в 2009–2010 гг. и в первые десять месяцев 2011 г.

По состоянию на 01.11.2011 расходы федерального бюджета на реализацию нацпроекта составили 90,15 млрд руб. В общей структуре кассовых расходов за текущий период наибольший удельный вес занимают расходы на обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью (ВМП) (36,6%) и денежные выплаты медицинскому персоналу (29,9%).

Проверка показала, что субсидии из федерального бюджета на мероприятия по пренатальной диагностике, по формированию здорового образа жизни и на обеспечение населения ВМП выделены в полном объеме. Вместе с тем в материалах Коллегии отмечен низкий уровень кассового исполнения расходов нацпроекта “Здоровье” по ряду мероприятий.

В 2011 г. сохранялась сложившаяся ранее тенденция нарушения сроков строительства и ввода в эксплуатацию федеральных центров высоких медицинских технологий и перинатальных центров. В 2011 г. было запланировано ввести в эксплуатацию пять федеральных центров высоких медицинских технологий, но к 01.11.2011 ни один из них не был введен в действие. В 2008–2010 гг. было предусмотрено строительство и оснащение 22 перинатальных центров, однако по состоянию на 01.11.2011 медицинскую помощь женщинам и новорожденным оказывают только в 18.

Источник: по материалам www.ach.gov.ru

Первая Всероссийская премия в области онкологии In vita veritas

Первая в России премия “In vita veritas” вручается за достижения в области онкологии. Она была учреждена в апреле 2011 г. Идея выявить и наградить лучших специалистов российской онкологической отрасли вызвала большой интерес, и уже к середине сентября в адрес оргкомитета поступило 47 заявок на соискание наград из Москвы, Санкт-Петербурга, Новгорода, Барнаула, Красноярска, Хабаровска, Томска, Челябинска, Краснодара, Омска, Казани, Самары, Ижевска и Саранска.

Премия проходит под эгидой “Ассоциации онкологов России” и при поддержке НО “Ассоциация онкологических учреждений Приволжского округа”. Попечительский совет возглавляет главный онколог Минздравсоцразвития России, академик РАМН, профессор В.И. Чиссов. В состав Экспертного совета вошли 35 ведущих российских онкологов различных специализаций из Москвы, Санкт-Петербурга, Казани, Уфы, Челябинска, Обнинска, Пензы, Барнаула, Томска и Екатеринбурга. Партнерами премии выступили компании AstraZeneca и Eli Lilly. Награды вручались по следующим номинациям: “Персона года”; “Достижение года”; “Лучший проект года”; “Лучшее учреждение года”; “За верность профессии”.

По словам В.И. Чиссова, премия необходима для передачи неоцененного опыта, накопленного в регионах; для укрепления связей между федеральными и региональными онкологическими службами. Результатом этой работы должно стать снижение смертности от онкологических заболеваний.

Источник: по материалам www.medportal.ru

В Москве открыт центр обучения инновационным медицинским технологиям

С осени 2011 г. на базе Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова работает Учебный центр инновационных медицинских технологий – важное звено подготовки специалистов, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь.

Обучение проходит по трем направлениям: эндоскопическая хирургия, рентгенэндоваскулярная хирургия, мануальные навыки по уходу за больными и сестринский уход. Реализуется 11 учебных программ, включающих базовые и специализированные программы по общей и детской хирургии и по гинекологии. В центре проходят подготовку врачи, повышающие свою квалификацию, аспиранты, ординаторы, интерны, а также студенты университета.

Центр располагает учебными залами, оборудованными симуляционными лапароскопическими установками, виртуальными симуляторами внутрисосудистых вмешательств, высокотехнологичными муляжами и тренажерами. Стратегическими партнерами со дня открытия центра стало несколько медицинских компаний. В их числе – немецкая медицинская компания Paul Hartmann. Ее продукция используется при проведении практических занятий в учебной операционной.

В рамках сотрудничества Учебного центра и компании Paul Hartmann – олимпиады по лапароскопической хирургии среди студентов, школы-семинары, конференции; совместное участие в разработке профессиональных требований к специалистам.

Источник: по материалам www.ami-tass.ru

Создается система обеспечения вызова экстренных оперативных служб по единому номеру “112”

Постановлением Правительства Российской Федерации от 21.11.2011 № 958 утверждено Положение о системе обеспечения вызова экстренных оперативных служб по единому номеру “112”. Согласно Положению органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органам местного самоуправления рекомендуется до 2017 г. завершить работы по созданию системы.

Система-112 предназначена для организации вызова экстренных оперативных служб по принципу “одного окна”. Она призвана ускорить реагирование и улучшить взаимодействие экстренных оперативных служб при вызовах.

Участники создания Системы-112 – Министерство Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий, Министерство связи и массовых коммуникаций Российской Федерации, Министерство внутренних дел Российской Федерации, Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Министерство регионального развития Российской Федерации, Федеральная служба безопасности Российской Федерации, другие федеральные органы исполнительной власти, вызов экстренных оперативных служб которых осуществляется по единому номеру “112”, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органы местного самоуправления.

Источник: по материалам www.ami-tass.ru

С 2013 г. россиянам будет доступна психологическая помощь по Skype

В течение 2012 г. Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, возглавляемый главным психиатром Минздравсоцразвития России З.И. Кекелидзе, начнет создавать “макет” системы оказания психологической помощи в Интернете. Помимо представителей Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации разработкой системы будут заниматься сотрудники Министерства образования и науки Российской Федерации, Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий и Министерства связи и массовых коммуникаций Российской Федерации.

После этого в Минздравсоцразвития России приступят к реализации пилотного проекта. З.И. Кекелидзе отметил, что специалисты службы будут консультировать россиян с помощью программ, поддерживающих видеосвязь, в частности – Skype. Он подчеркнул, что врачу необходимо видеть пациента, так как слух не дает полной картины состояния больного. Уже с 1 декабря 2011 г. врачи “скорой помощи” г. Кемерово начали консультировать пациентов с помощью программы Skype. Сотрудники отмечают, что благодаря визуальному контакту с больным легче оценить его состояние. В случае необходимости бригаду отправляют на экстренный выезд. Кроме того, “живое” общение с пациентом позволяет избежать неоправданных вызовов, которых достаточно много.

Источник: по материалам www.ria.ru

**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН ОТ 30.11.2011 № 341-ФЗ
О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЯ В СТАТЬЮ 26 ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА “О НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВАХ И ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВАХ**

Суть документа > Полномочия Минздравсоцразвития России дополнены установлением по согласованию с ФСКН России порядка изготовления и распределения специальных бланков рецептов для назначения наркотических средств или психотропных веществ.

**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН ОТ 30.11.2011 № 354-ФЗ
О РАЗМЕРЕ И ПОРЯДКЕ РАСЧЕТА ТАРИФА СТРАХОВОГО ВЗНОСА НА ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ НЕРАБОТАЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ**

Суть документа > Определен тариф страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения в размере 18 864,6 руб.
Установлено также, что в субъекте РФ тариф страхового взноса рассчитывается как произведение данного тарифа, коэффициента дифференциации (предусмотрены приложением к Закону), а также ежегодно устанавливаемого коэффициента удорожания стоимости медицинских услуг.
Установлен также порядок определения размера страховых взносов на период 2012–2014 гг. В частности, установлено, что при определении размера страховых взносов к тарифу страхового взноса (18 864,6 руб.) применяются коэффициенты: в 2012 г. – 0,7913, в 2013–2014 гг. – 0,9000.

**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН ОТ 30.11.2011 № 357-ФЗ
О НОРМАТИВЕ ФИНАНСОВЫХ ЗАТРАТ В МЕСЯЦ НА ОДНОГО ГРАЖДАНИНА, ПОЛУЧАЮЩЕГО ГОСУДАРСТВЕННУЮ СОЦИАЛЬНУЮ ПОМОЩЬ В ВИДЕ СОЦИАЛЬНОЙ УСЛУГИ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ, ИЗДЕЛИЯМИ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ, А ТАКЖЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫМИ ПРОДУКТАМИ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ, НА 2012 Г.**

Суть документа > Норматив финансовых затрат в месяц на одного гражданина по обеспечению лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения и специализированными продуктами питания льготных категорий граждан установлен на 2012 г. в размере 604 руб.
В 2011 г. данный норматив составлял 570 руб.

**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН ОТ 30.11.2011 № 369-ФЗ
О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН “ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ”**

Суть документа > Установлен порядок организации работ и финансового обеспечения мероприятий по созданию единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, согласно которому часть средств на финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения субъектов

РФ будет направляться на создание единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения. Помимо этого, в частности, изменениями, внесенными в Федеральный закон “Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации”: уточнен механизм осуществления взаиморасчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, где они застрахованы; определен порядок расходования остатков средств, образовавшихся в бюджетах субъектов Российской Федерации в результате их неполного использования в 2011–2012 гг.

**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН ОТ 30.11.2011 № 370-ФЗ
О БЮДЖЕТЕ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ НА 2012 Г. И НА ПЛАНОВЫЙ ПЕРИОД 2013 И 2014 ГГ.**

Суть документа > Утвержден бюджет Федерального фонда ОМС на 2012 г. и плановый период 2013–2014 гг. Законом не запланирован дефицит бюджета Фонда на указанный период. Доходная и расходная части бюджета составят в 2012 г. 891,7 млрд руб., в 2013 г. – 1 034,4 млрд руб., в 2014 г. – 1 188,5 млрд руб.

**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН ОТ 06.12.2011 N 402-ФЗ
О БУХГАЛТЕРСКОМ УЧЕТЕ**

Суть документа > В связи с принятием нового Федерального закона “О бухгалтерском учете” с 2013 г. отменяется обязанность применения первичных учетных документов из альбома унифицированных форм. Со дня вступления Закона в силу, т. е. с 1 января 2013 г., его применение станет обязательным, в частности, для коммерческих и некоммерческих организаций, государственных органов и органов местного самоуправления, органов управления государственных и территориальных внебюджетных фондов, индивидуальных предпринимателей и лиц, занимающихся частной практикой, филиалов и представительств иностранных и международных организаций, а также Центрального банка РФ. От ведения бухгалтерского учета освобождены индивидуальные предприниматели и лица, занимающиеся частной практикой, а также филиалы и представительства иностранных организаций, при условии, если они ведут учет доходов и расходов в соответствии с законодательством о налогах и сборах. Для участников проекта “Сколково” предусмотрена возможность применения упрощенных способов ведения бухгалтерского учета. Законом устанавливаются требования к организации ведения бухгалтерского учета, определяется правовой механизм его ре-

гулирования, основанный на сочетании деятельности органов государственной власти (к которым отнесены уполномоченный федеральный орган и Центральный банк РФ) и негосударственных организаций. Введены более жесткие требования к лицам, занимающимся ведением бухгалтерского учета в организациях, с учетом сферы их деятельности.

Формы первичных учетных документов и регистров бухгалтерского учета должны утверждаться руководителями экономических субъектов по представлению должностного лица, на которое возложено ведение бухгалтерского учета. Формы учета для организаций государственного сектора будут устанавливаться в соответствии с бюджетным законодательством.

Начало действия 1 января 2013 г.

ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ ОТ 21.11.2011 № 957 ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ЛИЦЕНЗИРОВАНИЯ ОТДЕЛЬНЫХ ВИДОВ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Суть документа > В связи со вступлением в силу Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ “О лицензировании отдельных видов деятельности” обновлен перечень федеральных органов исполнительной власти, осуществляющих лицензирование.

В частности, установлено, что Росздравнадзор будет осуществлять контроль за реализацией исполнительными органами государственной власти субъектов РФ переданных полномочий РФ в области лицензирования и вести сводные (единые) реестры выданных уполномоченными органами исполнительной власти субъектов РФ лицензий по следующим видам деятельности:

- медицинская деятельность организаций муниципальной и частной систем здравоохранения, за исключением указанной деятельности, осуществляемой на территории инновационного центра “Сколково”, и деятельности, предусматривающей выполнение работ (услуг) по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи;
- фармацевтическая деятельность, за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами, предназначенными для медицинского применения, и аптеками федеральных организаций здравоохранения;
- оборот наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивирование наркосодержащих растений – в части оборота наркотических средств, психотропных веществ, за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптеками федеральных организаций здравоохранения.

В связи с изданием нового Перечня признаны утратившими силу отдельные акты Правительства РФ.

**ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ ОТ 24.11.2011 № 974
О ПРЕДЕЛЬНОЙ ВЕЛИЧИНЕ БАЗЫ ДЛЯ НАЧИСЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ
В ГОСУДАРСТВЕННЫЕ ВНЕБЮДЖЕТНЫЕ ФОНДЫ С 1 ЯНВАРЯ 2012 Г.**

Суть документа > В 2012 г. предельная величина выплат работнику, с которой начисляются взносы во внебюджетные фонды, составит 512 тыс. руб.

**ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ ОТ 28.11.2011 № 976
О ФЕДЕРАЛЬНОМ ОРГАНЕ ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ ВЛАСТИ, УПОЛНОМОЧЕННОМ
В СФЕРЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСИ**

Суть документа > Федеральным органом исполнительной власти, уполномоченным в сфере использования электронной подписи, определено Министерство связи и массовых коммуникаций РФ.

Минкомсвязи России уполномочено принимать следующие нормативные правовые акты:

- порядок передачи реестров квалифицированных сертификатов ключей проверки электронной подписи и иной информации в уполномоченный федеральный орган в случае прекращения деятельности аккредитованного удостоверяющего центра;
- порядок формирования и ведения реестров квалифицированных сертификатов ключей проверки электронной подписи, а также предоставления информации из таких реестров;
- правила аккредитации удостоверяющих центров и порядок проверки соблюдения аккредитованными удостоверяющими центрами требований, установленных Федеральным законом от 06.04.2011 № 63-ФЗ “Об электронной подписи” и на соответствие которым эти удостоверяющие центры были аккредитованы.

**ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ ОТ 08.12.2011 № 1018
О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ПОЛОЖЕНИЕ О МИНИСТЕРСТВЕ ЗДРАВООХРАНЕ-
НИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И ПРИЗНАНИИ
УТРАТИВШИМ СИЛУ ПОСТАНОВЛЕНИЯ ПРАВИТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРА-
ЦИИ ОТ 15.02.2011 № 74**

Суть документа > С 1 января 2012 г. Минздравсоцразвития России будет иметь дополнительные полномочия в сфере обязательного медицинского страхования.

Установлено, что Минздравсоцразвития России издает в том числе:

- правила обязательного медицинского страхования;
- нормативные правовые акты и методические указания по осуществлению органами государственной власти субъектов РФ переданных полномочий РФ в сфере ОМС;
- порядок распределения между бюджетами территориальных фондов ОМС нераспределенной субвенции на осуществление переданных органам государственной власти субъектов РФ полномочий РФ в сфере ОМС в процессе исполнения бюджета ФФОМС.

- Также Минздравсоцразвития России уполномочено осуществлять, в частности:
- надзор за нормативно-правовым регулированием, осуществляемым органами государственной власти субъектов РФ по вопросам переданных полномочий РФ в сфере ОМС, с правом направления обязательных для исполнения предписаний об отмене нормативных правовых актов;
- контроль и надзор за полнотой и качеством осуществления органами государственной власти субъектов РФ переданных полномочий РФ в сфере ОМС с правом проведения проверок и выдачи обязательных для исполнения предписаний об устранении выявленных нарушений.

Признано утратившим силу постановление Правительства РФ от 15.02.2011 № 74 “О правилах обязательного медицинского страхования”.

РАСПОРЯЖЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ ОТ 07.12.2011 № 2199-Р <ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПЕРЕЧНЯ ЖИЗНЕННО НЕОБХОДИМЫХ И ВАЖНЕЙШИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НА 2012 Г.>

Суть документа > Для обеспечения государственного регулирования цен на отдельные лекарственные препараты для медицинского применения утвержден перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов на 2012 г.
Перечень включает указание на анатомо-терапевтическо-химическую классификацию (АТХ), а также названия лекарственных препаратов и лекарственных форм.

ПРИКАЗ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОМС ОТ 16.08.2011 № 144 О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ КОНТРОЛЯ ОБЪЕМОВ, СРОКОВ, КАЧЕСТВА И УСЛОВИЙ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ, УТВЕРЖДЕННЫЙ ПРИКАЗОМ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОМС ОТ 01.12.2010 № 230

Суть документа > В течение календарного года реэкспертизе должны быть подвергнуты все страховые медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере ОМС
Реэкспертиза – это повторная медико-экономическая экспертиза или экспертиза качества медицинской помощи, проводимая специалистом-экспертом с целью проверки обоснованности и достоверности выводов по ранее принятым заключениям. Количество случаев, подвергаемых реэкспертизе, должно определяться количеством поводов для их проведения в соответствии с установленным порядком и составлять не менее 10% от числа экспертиз на соответствующий период времени. При этом в их числе должно быть не менее 30% реэкспертиз качества медицинской помощи.
Эти и другие изменения внесены в порядок организации и проведения контроля за предоставлением медицинской помощи

по ОМС, утвержденный приказом ФОМС от 01.12.2010 № 230. Порядок дополнен также новыми формами документов, применяемых при проведении контрольных мероприятий.

**ИНФОРМАЦИЯ ПЕНСИОННОГО ФОНДА РФ ОТ 08.12.2011
ИЗМЕНЕНИЯ ДЛЯ ПЛАТЕЛЬЩИКОВ СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ В 2012 Г.**

Суть документа > Пенсионный фонд РФ напоминает об изменениях размеров тарифов страховых взносов и порядке их начисления в 2012 г. Так, в частности, сообщается, что в 2012 г. совокупная ставка страховых взносов в Пенсионный фонд уменьшится с 26 до 22%, ставки в ФСС России и ФОМС не изменятся. Предельный годовой заработок для начисления взносов (с учетом индексации) увеличится с 463 до 512 тыс. руб. Кроме того, начиная с 2012 г. страховые взносы будут начисляться также с сумм превышения этой предельной величины по тарифу в размере 10%. Помимо этого отмечено, что законодательными поправками расширен перечень категорий лиц, имеющих право на применение пониженных тарифов страховых взносов, а также круг застрахованных лиц, в пользу которых работодатели обязаны уплачивать страховые взносы (это иностранные граждане, имеющие статус временно прибывающих в РФ). В информации также сообщены состав, сроки и порядок представления отчетности.

**ПИСЬМО ФСС РОССИИ ОТ 30.09.2011 № 14-03-11/15-11575
<О НЕДОПУСТИМОСТИ ПРИНЯТИЯ СТРАХОВАТЕЛЯМИ САМОСТОЯТЕЛЬНЫХ РЕШЕНИЙ ПО ВОПРОСУ О ПРАВИЛЬНОСТИ ОФОРМЛЕНИЯ ЛИСТКОВ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ>**

Суть документа > Наличие в листке нетрудоспособности, заполненном рукописно, технических недочетов заполнения не является основанием для его переоформления и отказа в назначении и выплате пособий по временной нетрудоспособности, по беременности и родам, если при этом все записи в листке читаются. Сообщается также, что с 1 сентября 2011 г. на сайте ФСС России доступно бесплатное компьютерное программное обеспечение для лечебно-профилактических учреждений, позволяющее печатывать данные в листок временной нетрудоспособности на принтере.

**ПИСЬМО ФСС РОССИИ ОТ 28.10.2011 № 14-03-18/15-12956
<О РАЗЪЯСНЕНИИ ОТДЕЛЬНЫХ ПОЛОЖЕНИЙ ПОРЯДКА ВЫДАЧИ ЛИСТКОВ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ, УТВЕРЖДЕННОГО ПРИКАЗОМ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ ОТ 29.06.2011 № 624Н>**

Суть документа > ФСС России дополнил и уточнил ранее изданные разъяснения по вопросу заполнения нового бланка листка нетрудоспособности.

Так, в частности, сообщается, что при заполнении больничного листа в графе “Должность врача” следует указывать наименование должности врача с учетом специальности: “терапевт”, “хирург”, “педиатр” и т. д. Сокращение: “аллергол”, “стоматол”, “офтальмол” и т. д. (если число букв в наименовании должности врача превышает девять ячеек) считается допустимым, так как позволяет идентифицировать должность врача. Недопустимо в графе “Должность врача” указывать просто слова “врач” или “леч врач”.

Отмечено также, что в случае, если за период нетрудоспособности работнику было выдано несколько больничных листов, и один из них был испорчен, с него снимается копия, в которой необходимо указать номер листка, выданного взамен, или выдается справка, подтверждающая факт замены с указанием в ней номера испорченного бланка листка нетрудоспособности.

В разъяснениях затронуты также вопросы, касающиеся, в частности, оснований для переоформления больничного листа, порядка указания размера пособия, страхового стажа и среднего заработка, порядка подписания листка нетрудоспособности на основании доверенности и другие вопросы.



Для доступа ко всем материалам online-раздела журнала «Здравоохранение» пройдите регистрацию на портале www.zdrav.ru и используйте код подписчика **HCareForMD1_2012**.

Код действителен до 31.07.2012

Налоговое консультирование

«Черник, Джаарбеков и партнеры» — юридическая фирма, специализирующаяся на налоговом консультировании.

С нами удобно

Вы присылаете вопрос или описание ситуации по электронному адресу cdlaw@cdlaw.ru. Мы оперативно связываемся с вами, чтобы оговорить стоимость и сроки.

Консультации готовятся в письменном виде, с анализом законодательства, арбитражной практики и разъяснений официальных органов. При необходимости можно уточнить консультацию устно.

С нами надежно

- Мы готовим более 2000 письменных консультаций в год.
- Юристы, готовящие консультации, имеют большой опыт участия в налоговых спорах в арбитражных судах.
- Как отмечают наши клиенты, работа с «Черник, Джаарбеков и партнеры» позволяет существенно снизить налоговые риски.

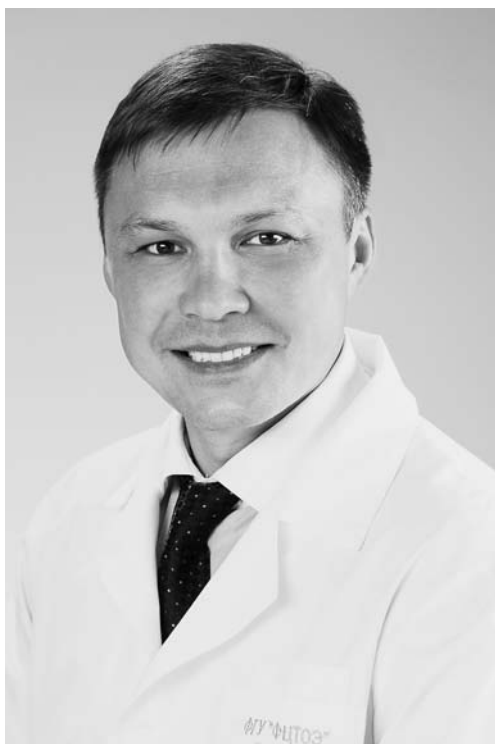
В течение многих лет у нас консультируются:

Московский метрополитен, Мосводоканал, завод «Водоприбор», Торгово-промышленная палата России, ЭКСПОЦЕНТР, Центр международной торговли, АВТОТОР, Банк «Кредит-Москва», Электрогорскмебель, РЕСО-гарантия, САБМиллер Рус, предприятия группы Helios, медиахолдинг СТС, РЕН ТВ, 5-й канал, Дарьял ТВ и другие.



г. Москва, ул. 2-я Хуторская, д. 38а, стр. 17
Тел.: (495) 782-19-69, 937-90-86; cdlaw@cdlaw.ru, www.cdlaw.ru

Представляем Н.С. Николаева, главного врача ФГБУ “Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования” Минздравсоцразвития России (г. Чебоксары).



Что Вы считаете главными достижениями вашего ЛПУ за последние годы?

Наше учреждение было построено в рамках приоритетного национального проекта “Здоровье” с целью повышения доступности высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации и введено в эксплуатацию 26 февраля 2009 г.

За три года Центр вышел на плановую мощность – около 5 тыс. операций в год; на 100% выполняется государственное задание. Сегодня мы тесно сотрудничаем с 26 регионами Российской Федерации, в том числе с такими отдаленными от Республики Чувашия, как Калининградская и Свердловская области, Карачаево-Черкесская Республика и др. Всего консультативную помощь получили жители 50 регионов.

За относительно небольшой срок работы в Центре были внедрены в практику современные технологии оперативного лечения: эндопротезирование крупных суставов с максимальным сохранением костной ткани; эндопротезирование коленного сустава с использованием компьютерной навигационной системы; эндопротезирование локтевого, плечевого, мелких суставов кисти и стопы; коррекция сколиотической деформации позвоночника, в том числе с помощью стереотаксической роботизированной системы Spine Assist.

Свидетельство высокого качества оказываемых медицинских услуг и удовлетворения потребностей пациентов – тот факт, что в 2011 г. Центр был сертифицирован по стандарту ISO 9001:2008.

С какими основными проблемами Вы столкнулись и что делали, чтобы достичь успеха?

Первое, над чем мы начали работать еще на этапе строительства Центра, – подбор и обучение кадров. Мы уделяли особое внимание наличию у врачей опыта по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи. Подготовка специалистов проводилась в ведущих учреждениях России и за рубежом – в США, Германии, Швеции, Дании, Франции и т. д. Кроме того, нам очень помогли коллеги из Российского НИИ травматологии и ортопедии им. Р.Р. Вредена и НИДОИ им. Г.И. Турнера (г. Санкт-Петербург).

Второе – обеспечение необходимого потока пациентов. Это очень важно, несмотря на то, что потребность в нашей помощи велика. С самого начала, когда еще только было принято решение о строительстве Центра, проводилась выборочная диспансеризация взрослого населения Чувашской Республики; был сформирован реестр пациентов, нуждающихся в травматолого-ортопедической помощи, включающий в себя более 2,5 тыс. чел.

Для информирования населения и врачей – травматологов-ортопедов о новых возможностях лечения, а также для отбора пациентов сотрудники Центра выезжали непосредственно в регионы. Ежегодно проводится Межрегиональная научно-практическая конференция врачей – травматологов-ортопедов. Мы планируем продолжать эту работу и в дальнейшем.

Считаете ли Вы необходимым для главного врача получение полноценного экономического, юридического,

бизнес-образования или достаточно опыта практической работы?

Считаю, что помимо высшего медицинского образования руководитель лечебно-профилактического учреждения должен иметь экономическое образование, теоретическую подготовку и практический опыт менеджмента в сфере здравоохранения. Это связано с тем, что современный конкурентный подход к работе лечебных учреждений предъявляет высочайшие требования к менеджменту ЛПУ, к качеству всех управленческих, финансовых и административных процессов.

Какие цели Вы ставите на ближайшую перспективу и что предстоит сделать для их реализации?

Мы уже вышли на проектную мощность и зарекомендовали себя как успешное учреждение высоких медицинских технологий. В перспективе – расширение границ сотрудничества. Мы можем и хотим лечить пациентов из стран СНГ, ближнего и дальнего зарубежья.

Наши специалисты неплохо интегрированы в российскую и европейскую сеть ортопедии и травматологии, имеют патенты на изобретения. У нас есть интересные проекты научных исследований, подана заявка на выделение гранта для проведения – совместно с Европейским исследовательским центром коленного сустава (г. Левен, Бельгия) – научного исследования по проблемам кинематики коленного сустава.

Особенности разработки в медицинских организациях положения о служебных командировках¹

Ключевые слова документооборот, командировочные расходы

Е.В. Кулакова,
доцент кафедры
организации
здравоохранения
и общественного
здоровья,

ГБОУ ДПО «Россий-
ская медицинская
академия после-
дипломного
образования»
Минздравсоц-
развития России,
г. Москва

 Написать автору
WWW.ZDRAV.RU

СОГЛАСНО СТ. 168 ТРУДОВОГО КОДЕКСА РФ ПОРЯДОК И РАЗМЕРЫ ВОЗМЕЩЕНИЯ РАБОТОДАТЕЛЕМ РАСХОДОВ, СВЯЗАННЫХ СО СЛУЖЕБНЫМИ КОМАНДИРОВКАМИ, ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ КОЛЛЕКТИВНЫМ ДОГОВОРом ИЛИ ЛОКАЛЬНЫМ НОРМАТИВНЫМ АКТОМ.

ПРИ ПОДГОТОВКЕ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПОЛОЖЕНИЯ О КОМАНДИРОВКАХ (ИЛИ СООТВЕТСТВУЮЩЕГО РАЗДЕЛА КОЛЛЕКТИВНОГО ДОГОВОРА) ВО ИЗБЕЖАНИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ В ДАЛЬНЕЙШЕМ КАКИХ-ЛИБО НЕДОРАЗУМЕНИЙ И СПОРОВ С РАБОТНИКАМИ НЕОБХОДИМО ОПИСАТЬ МАКСИМАЛЬНОЕ ЧИСЛО СИТУАЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ВОЗНИКНОВЕНИЕМ РАСХОДОВ ВО ВРЕМЯ СЛУЖЕБНЫХ КОМАНДИРОВОК.

ОСОБОЕ ВНИМАНИЕ СЛЕДУЕТ ОБРАТИТЬ НА ТРЕБОВАНИЯ К ПРАВИЛЬНОМУ ОФОРМЛЕНИЮ ДОКУМЕНТАЦИИ, ПОДТВЕРЖДАЮЩЕЙ ПРОИЗВЕДЕННЫЕ РАСХОДЫ. ЭТОТ ВОПРОС НАПРЯМУЮ СВЯЗАН С НАЛОГООБЛОЖЕНИЕМ ПРИБЫЛИ ОРГАНИЗАЦИЙ И ДОХОДОВ ФИЗИЧЕСКИХ ЛИЦ (СООТВЕТСТВЕННО ГЛ. 25 И 23 НАЛОГОВОГО КОДЕКСА РФ).

В Положении о служебных командировках очень важно детально разработать раздел «Командировочные расходы». Целесообразно разбить его на подразделы:

- «Расходы по проезду»;
- «Расходы по найму жилого помещения»;
- «Суточные»;
- «Иные расходы, связанные со служебной командировкой».

Расходы по проезду могут оплачиваться за счет как бюджетных, так и внебюджетных средств. Оплата таких расходов производится по фактически произведенным затратам согласно представленным подтверждающим документам.

В Положении необходимо указать следующее: если работник командирован в организацию, которая расположена в местности, из которой он имеет возможность ежедневно возвращаться к месту постоянного жительства, то вопрос о целесообразности ежедневного возвращения в каждом конкретном случае решает руководитель организации. При этом учитываются такие условия, как расстояние, транспортная доступность, ха-

¹ Продолжение. Начало см. *Здравоохранение* № 1. – *Примеч. ред.*

В СООТВЕТСТВИИ С НОРМАМИ ТК РФ ВОЗМЕЩЕНИЕ КОМАНДИРОВОЧНЫХ РАСХОДОВ КОМАНДИРОВАННЫМ ЛИЦАМ ОРГАНИЗАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ ОБЯЗАННОСТЬЮ КОМПАНИИ. ПРИ ЭТОМ СТ. 168 ТК РФ ПРЕДОСТАВЛЯЕТ РАБОДАТЕЛЮ ПРАВО САМОСТОЯТЕЛЬНО РЕШАТЬ, В КАКОМ РАЗМЕРЕ И ПОРЯДКЕ ОН БУДЕТ ВОЗМЕЩАТЬ РАСХОДЫ НА КОМАНДИРОВКИ СВОИМ СОТРУДНИКАМ.

В. Семенихин, руководитель “Экспертбюро Семенихина”

рактически выполняемого задания, а также необходимость создания работнику условий для отдыха.

В том случае, если работник ежедневно возвращается домой, суточные ему не выплачиваются (поскольку ст. 168 ТК РФ определяет суточные как “дополнительные расходы, связанные с проживанием вне места постоянного жительства”), но оплачивается ежедневный проезд к месту командирования и обратно.

Расходы на проезд к месту командировки и обратно (к месту постоянной работы) и из одного населенного пункта в другой (если работник командирован в несколько организаций, расположенных в разных населенных пунктах) – это расходы на проезд транспортом общего пользования к станции (к пристани, к аэропорту) и от них; к месту отправления, назначения или пересадок (если они находятся за чертой населенного пункта). Такие расходы должны быть подтверждены документами (билетами).

Работнику также оплачивается страховой взнос на обязательное личное страхование пассажиров на транспорте, услуги по оформлению проездных докумен-

тов и по предоставлению постельных принадлежностей в поездах. Если учреждение оплачивает работникам полис добровольного личного страхования пассажиров на транспорте, это также должно быть отражено в Положении.

В том случае, если поезд, самолет, теплоход отправляется в такое время, когда транспорт общего пользования не работает, или целью командировки является проверка прибора, доставка груза и т. п., работник может воспользоваться услугами такси. Оплата стоимости проезда на такси осуществляется только при предоставлении двух документов, подтверждающих факт пользования услугами такси:

- чека (квитанции и т. п.), подтверждающего факт и размер оплаты проезда;
- товарного чека (заказа-наряда и т. п.), где указано, за что произведена оплата.

В Положении может быть определено, что оплата проезда различными видами транспорта производится, например:

- воздушным транспортом – по тарифу экономического класса;
- речным транспортом – по тарифам, устанавливаемым перевозчиком, но не выше стоимости проезда в четы-

Оценка рисков



ОТСУТСТВИЕ В ПОЛОЖЕНИИ О СЛУЖЕБНЫХ КОМАНДИРОВКАХ ПОДРОБНОГО ОПИСАНИЯ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫХ СИТУАЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С КОМАНДИРОВОЧНЫМИ РАСХОДАМИ РАБОТНИКА



УСТАНОВЛЕНИЕ РАЗМЕРА СУТОЧНЫХ СВЕРХ НОРМЫ, ОПРЕДЕЛЕННОЙ НАЛОГОВЫМ КОДЕКСОМ РФ, ЧТО ПРИВЕДЕТ К ВЗИМАНИЮ НАЛОГА НА ДОХОДЫ ФИЗИЧЕСКИХ ЛИЦ С СУММЫ ПРЕВЫШЕНИЯ



ОТСУТСТВИЕ В ПОЛОЖЕНИИ О КОМАНДИРОВКАХ ОПРЕДЕЛЕНИЯ “ИНЫХ РАСХОДОВ, СВЯЗАННЫХ СО СЛУЖЕБНЫМИ КОМАНДИРОВКАМИ”

рехместной каюте с комплексным обслуживанием пассажиров;

- железнодорожным транспортом – в вагоне повышенной комфортности, отнесенном к вагону экономического класса, с четырехместными купе категории “К” или в вагоне категории “С” с местами для сидения;
- автомобильным транспортом – в автотранспортном средстве общего пользования.

При отсутствии авиабилетов на рейсы прямого сообщения работники могут воспользоваться авиарейсами с пересадкой.

Для отдельных категорий работников могут быть установлены персональные нормы, например оплата воздушного транспорта по тарифу бизнес-класса или оплата двухместного купе класса “Л” (если у учреждения имеются для этого финансовые возможности).

При предоставлении дубликатов утраченных железнодорожных или авиационных билетов стоимость изготовления дубликата оплачивается учреждением только в том случае, если документы были утрачены по уважительным причинам.

Расходы по найму жилого помещения оплачиваются по фактически произведенным затратам согласно представленным подтверждающим документам (включая расходы по бронированию мест в гостинице). При этом оплачивается проживание в одноместном (однокомнатном) номере. При отсутствии мест в таких номерах по согласованию с руководителем учреждения могут быть оплачены номера более высокой категории.

С целью экономного и рационального использования средств учреждения можно предусмотреть проживание в жилом помещении – при условии оформления соответствующего договора, акта сдачи-приемки услуг и расписки в получении денег. Примеры оформления указанных документов приведены в приложениях 1–4. При отсутствии какого-либо из указанных

ПРИ ПОДГОТОВКЕ ПОЛОЖЕНИЯ О КОМАНДИРОВКАХ (ИЛИ СООТВЕТСТВУЮЩЕГО РАЗДЕЛА КОЛЛЕКТИВНОГО ДОГОВОРА) НЕОБХОДИМО ОПИСАТЬ МАКСИМАЛЬНОЕ ЧИСЛО СИТУАЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ВОЗНИКНОВЕНИЕМ РАСХОДОВ ВО ВРЕМЯ СЛУЖЕБНЫХ КОМАНДИРОВОК.

документов, а также при неверном оформлении документов расходы по найму жилого помещения возмещаются в размерах, установленных Правительством РФ для организаций, финансируемых за счет средств федерального бюджета, как проживание без предоставления документов.

Для того чтобы договор имел юридическую силу, командируемому сотруднику выдается доверенность на подписание договора аренды во время пребывания в командировке. Доверенность выдается в простой письменной форме.

Напомним, что на суммы полученной арендной платы не производятся отчисления в государственные внебюджетные фонды (так как арендная плата не является объектом обложения отчислениями). Налог на доходы физических лиц с этого договора должны взимать налоговые органы по месту жительства арендодателя; о выплаченных денежных средствах бухгалтерия ГБУЗ должна уведомить налоговую инспекцию по месту своего учета.

Если арендодатель указывает расчетный счет, на который учреждение может перевести арендную плату, то бухгалтерия учреждения переводит арендную плату на этот расчетный счет, и в этом случае расписка в получении денег не оформляется.

Если в учреждении не считают нужным вводить ограничения на оплату проезда или гостиницы, они не вводятся.

При непредставлении налогоплательщиком документов, подтверждающих оплату расходов по найму жилого помещения, суммы такой оплаты освобождаются от обложения налогом на доходы

физических лиц. Это не более 700 руб. за каждый день нахождения в командировке на территории Российской Федерации и не более 2,5 тыс. руб. – за каждый день нахождения в заграничной командировке. В соответствии с постановлением Правительства РФ от 02.10.2002 № 729 минимальная сумма оплаты в этом случае составляет 12 руб. в сутки.

Размер **суточных** должен быть определен в Положении в фиксированных суммах. Например, размеры суточных могут составлять:

- при командировках внутри области – 400 руб.;
- за пределы области (кроме городов Москвы и Санкт-Петербурга) – 500 руб.;
- при командировках в Москву и Санкт-Петербург – соответственно 1,2 тыс. и 1 тыс. руб.

В соответствии в п. 3 ст. 217 Налогового кодекса РФ для целей налогообложения на доходы физических лиц принимаются суточные при командировках в пределах страны в размере, не превышающем 700 руб. за каждый день нахождения в командировке, т. е. при установлении суточных в размере 1 тыс. руб. бухгалтерии необходимо будет рассчитать налог на доходы физических лиц с 300 руб. в сутки.

Размер суточных может устанавливаться одинаковым, вне зависимости от того, в какой населенный пункт командировается работник, или дифференцированным, даже с еще большей детализацией, чем указано выше (например, различаться по территориям региона или по городам). Главное, чтобы все это было отражено в Положении о служебных командировках.

“Иные расходы, связанные со служебными командировками”, – это расходы, произведенные с разрешения или с ведома работодателя. Их состав каждое учреждение определяет самостоятельно.

О таких расходах необходимо упомянуть в приказе о командировании работника (и выдать ему “целевые” денежные средства под отчет, что на практике бывает довольно редко) или по окончании командировки оформить служебную записку (заявление, рапорт) на имя руководителя с просьбой оплатить расходы согласно приложенным документам.

Согласно п. 23 постановления Правительства РФ от 13.11.2008 № 749 в состав иных расходов, связанных со служебными командировками, обязательно должны входить:

- расходы на оформление заграничного паспорта, визы и других выездных документов;
- обязательные консульские и аэродромные сборы;
- сборы за право въезда или транзита автомобильного транспорта;
- расходы на оформление обязательной медицинской страховки;
- иные обязательные платежи и сборы.

Можно также воспользоваться перечислением расходов, которые указаны в п. 3 ст. 217 Налогового кодекса РФ:

- сборы за услуги аэропортов;
- комиссионные сборы;
- расходы на провоз багажа;
- расходы по оплате услуг связи;
- расходы, связанные с обменом наличной валюты или чека в банке на наличную иностранную валюту.

Можно еще больше расширить этот перечень, включив в него:

- расходы на бронирование номера в гостинице;
- оплату за пользование сейфом;
- оплату проезда по городу во время нахождения в командировке;
- оплату стоимости хранения багажа; представительские расходы.

Целесообразно закончить Перечень расходов фразой: “а также прочие расходы, связанные со служебной командировкой, произведенные с разрешения или

ведома руководителя учреждения". Таким образом, Перечень может быть открытым. Решение об оплате того или иного вида расходов принимает руководитель учреждения.

Поскольку в медицинских учреждениях командировки часто бывают связаны с повышением квалификации работников, с участием в различного рода конференциях, в перечень иных расходов можно включить приобретение методической литературы во время командировок. В этом случае расходы на приобретение такой литературы, подтвержденные документами, которые работник представляет в бухгалтерию, включают в авансовый отчет о командировке.

Если работникам оплачивают "перемещение по городу во время нахождения в

служебной командировке", то это делается согласно представленным проездным документам или согласно документу, подтверждающему производственный характер таких расходов. Например, это может быть справка из образовательного учреждения о том, что "занятия проводились на различных учебных базах", разъездная ведомость, маршрутный лист (приложение 5) и т. п.

Согласно ст. 9 Федерального закона от 21.11.1996 № 129-ФЗ "О бухгалтерском учете" печать не является обязательным реквизитом первичных учетных документов, поэтому на маршрутном листе печать принимающей организации может не ставиться, а вот расшифровка подписи лица, подписавшего документ, должна быть сделана им собственноручно.

Пример

Приложение 1

Договор аренды жилого помещения

" ____ " _____ 20__ г.

г. _____

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Городская поликлиника г. N" в лице

_____ (должность, Ф.И.О.)

действующего на основании доверенности № __ от " ____ " _____ 20__ г., именуемый в дальнейшем Арендатор, и гражданин (ка) _____

(Ф.И.О.)

именуемый (ая) в дальнейшем Арендодатель, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет договора: сдача в аренду _____

(должность, Ф.И.О. командируемого работника)

комнаты площадью ____ кв. м в квартире по адресу _____

принадлежащей Арендодателю на праве собственности или договора найма, на время пребывания Арендатора в служебной командировке с " ____ " _____ 20__ г. по " ____ " _____ 20__ г.

Пример

2. Обязанности сторон:

2.1. Арендатор обязуется:

при пользовании арендуемым имуществом соблюдать чистоту и порядок как в предоставляемом помещении, так и в местах общего пользования, включая кухню;

- соблюдать тишину до 8.00 и после 23.00;
- оплатить аренду;
- в случае пользования телефоном Исполнителя оплатить междугородние переговоры.

2.2. Арендодатель обязуется:

- предоставить в аренду Арендатору меблированную комнату площадью ____ кв. м в квартире по адресу _____;
- не реже одного раза в неделю менять постельное белье;
- предоставить возможность Арендатору пользоваться местами общего пользования, включая кухню.

3. Порядок расчетов:

Арендатор оплачивает исполнителю арендную плату не позднее “ ____ ” _____ 20__ г. согласно Протоколу соглашения о договорной цене, являющейся неотъемлемой частью настоящего Договора.

4. Прочие условия Договора:

- 4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.
- 4.2. В случаях, не предусмотренных настоящим Договором, стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.
- 4.3. Договор вступает в силу с момента подписания и действует до полного выполнения сторонами условий Договора.
- 4.4. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

5. Реквизиты сторон.

Арендатор

Арендодатель

(Ф.И.О.)

(адрес с индексом)

Паспорт: серия _____ номер _____
 когда выдан _____
 кем выдан _____
 ИНН _____
 ПСС _____

Пример

Приложение 2
Приложение к договору от “___” _____ 20__ г.

ПРОТОКОЛ
соглашения о договорной цене

Мы, нижеподписавшиеся, от лица Арендатора ___ и Арендодатель ___, удостоверяем, что сторонами достигнуто соглашение об арендной плате в сумме _____

(сумма цифрами и прописью)

из расчета: стоимость одного дня аренды – _____
количество дней _____.

Указанная сумма выплачивается с учетом налога на доходы физических лиц.

Настоящий протокол является основанием для проведения взаимных расчетов и платежей между Арендатором и Арендодателем.

Арендатор

Арендодатель

Приложение 3

Акт
сдачи-приемки услуг

“___” _____ 20__ г. _____ г. _____

Мы, нижеподписавшиеся, от лица Арендатора ___ и Арендодатель ___, составили настоящий акт о том, что договор от “___” _____ 20__ г. исполнен в объеме ___%.

Оплата производится как окончательный расчет в сумме _____

(сумма цифрами и прописью)

Стороны претензий друг к другу не имеют.

Арендатор

Арендодатель

Пример

Приложение 4

**Расписка
в получении денежных средств**

Я, _____, получил денежные средства в сумме

(сумма цифрами и прописью)

согласно Акту сдачи-приемки услуг.
Материальных и иных претензий к ГБУЗ "Поликлиника г. N" не имею.

Арендодатель

(Ф.И.О.)

(адрес с индексом)

Паспорт: серия _____ номер _____

когда выдан _____

кем выдан _____

ИНН _____

ПСС _____

**Приложение 5
СОГЛАСОВАНО**

Гл. врач ГБУЗ "Поликлиника г. N" _____
" ____ " _____ 20__ г.

**МАРШРУТНЫЙ ЛИСТ № _____
на время пребывания**

_____ /
должность, Ф.И.О. командируемого работника
в командировке в г. _____ с " ____ " _____ 20__ г. по " ____ " _____ 20__ г.

Дата	Проезд туда (вид транспорта)	Проезд обратно (вид транспорта)	Сумма, руб.
ИТОГО:			

должность, Ф.И.О., подпись ответственного лица принимающей организации

Новый порядок формирования начальных цен контрактов на отдельные виды медицинского оборудования

Ключевые слова

закупки медицинского оборудования, начальная цена контракта

И.А. Сургутскова,
вед. юрисконсульт,

Института госзакупок,
г. Москва



Написать автору
WWW.ZDRAV.RU

НА ПРОТЯЖЕНИИ ПОСЛЕДНИХ ЛЕТ СЧЕТНОЙ ПАЛАТОЙ РФ, ГЛАВНЫМ КОНТРОЛЬНЫМ УПРАВЛЕНИЕМ ПРЕЗИДЕНТА РФ И ГЕНЕРАЛЬНОЙ ПРОКУРАТУРОЙ РФ ВЫЯВЛЯЛИСЬ МНОГОЧИСЛЕННЫЕ ФАКТЫ НЕРАЦИОНАЛЬНОГО РАСХОДОВАНИЯ БЮДЖЕТНЫХ СРЕДСТВ, НАПРАВЛЯЕМЫХ НА ЗАКУПКУ ДОРОГОСТОЯЩЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ.

ЧАСТО ЗАКУПКИ ПРОИЗВОДИЛИСЬ ПО ЦЕНАМ, В 2–3 РАЗА ПРЕВОСХОДЯЩИМ ОТПУСКНЫЕ ЦЕНЫ ПРОИЗВОДИТЕЛЕЙ; В РАЗНЫХ СУБЪЕКТАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ АНАЛОГИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА ПРИОБРЕТАЛАСЬ ПО ЗНАЧИТЕЛЬНО РАЗЛИЧАЮЩИМСЯ ЦЕНАМ.

СЛОЖИВШАЯСЯ СИТУАЦИЯ ВО МНОГОМ БЫЛА СВЯЗАНА С ОТСУТСТВИЕМ НОРМАТИВНЫХ ПРАВОВЫХ АКТОВ, РЕГУЛИРУЮЩИХ ПОРЯДОК ФОРМИРОВАНИЯ НАЧАЛЬНОЙ ЦЕНЫ КОНТРАКТОВ НА ТОВАРЫ, РАБОТЫ И УСЛУГИ ПРИ РАЗМЕЩЕНИИ ГОСУДАРСТВЕННЫХ И МУНИЦИПАЛЬНЫХ ЗАКАЗОВ.

ТЕПЕРЬ УТВЕРЖДЕНЫ ПРАВИЛА ФОРМИРОВАНИЯ НАЧАЛЬНЫХ (МАКСИМАЛЬНЫХ) ЦЕН КОНТРАКТОВ (ЦЕН ЛОТОВ) НА ОТДЕЛЬНЫЕ ВИДЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ ДЛЯ ЦЕЛЕЙ ИХ ВКЛЮЧЕНИЯ В ДОКУМЕНТАЦИЮ О ТОРГАХ НА ПОСТАВКУ ТАКОГО ОБОРУДОВАНИЯ

Постановление Правительства РФ от 03.11.2011 № 881 “О порядке формирования начальных (максимальных) цен контрактов (цен лотов) на отдельные виды медицинского оборудования для целей их включения в документацию о торгах на поставку такого оборудования” вступило в силу 19.11.2011. Этим постановлением, в частности, утверждены Правила формирования начальных (максимальных) цен контрактов (цен лотов) на отдельные виды медицинского оборудования для целей их включения в документацию о торгах на поставку такого оборудования (далее – Правила).

Кроме того, Федеральному казначейству поручено доработать официальный сайт www.zakupki.gov.ru, на котором размещается информация о заказах на поставки товаров, выполнение

БЮДЖЕТЫ ПРИНИМАЮТСЯ ДО МАРТА, ЗАТЕМ ИДЕТ ПОДГОТОВКА КОНКУРСНЫХ ТОРГОВ, ЗАТЕМ САМИ ТЕНДЕРЫ. В РЕЗУЛЬТАТЕ НА ТО, ЧТОБЫ ВЫПОЛНИТЬ ЗАКАЗ НА ЦЕЛЫЙ ГОД, У НАС ОСТАЕТСЯ 3-4 МЕСЯЦА.

А. Элинсон, гл. исполнительный директор НИПК "Электрон"

работ, оказание услуг. При этом для заказчиков (уполномоченных органов) должна быть обеспечена возможность поиска информации, предусмотренной Правилами, в реестре государственных контрактов, заключенных от имени РФ, субъектов Российской Федерации; муниципальных контрактов, заключенных от имени муниципального образования, а также гражданско-правовых договоров федеральных бюджетных учреждений, бюджетных учреждений субъектов Российской Федерации, муниципальных бюджетных учреждений.

Росздравнадзору поручено обеспечить техническую возможность для осуществления заказчиками поиска информации, предусмотренной Правилами, в базе данных зарегистрированных изделий медицинского назначения, размещенной на его официальном сайте.

Правила должны применяться в обязательном порядке в случае, если предметы поставки – медицинское оборудование и иная продукция, соответствующая определенным в Правилах кодам Общероссийского классификатора

видов экономической деятельности, продукции и услуг (ОК 004-93) (таблица).

Применение Правил является обязательным также в том случае, если предполагаемая начальная (максимальная) цена контракта (лота) на поставку указанной выше продукции превышает 500 тыс. руб.

Заказчики имеют право применять Правила и при формировании начальных (максимальных) цен контрактов на виды продукции, коды которой по ОКДП отличаются от указанных в Правилах, а также если предполагаемая начальная (максимальная) цена контракта (цена лота) не превышает 500 тыс. руб.

Правилами установлен закрытый перечень источников информации о ценах на медицинское оборудование, который включает в себя:

- предложения о ценах на медицинское оборудование, полученные от производителей медицинского оборудования и (или) уполномоченных представителей производителей медицинского оборудования;
- реестр государственных и муниципальных контрактов, а также

Обсудите на сайте
WWW.ZDRAV.RU

Оценка рисков



НЕСОБЛЮДЕНИЕ ПРАВИЛ ФОРМИРОВАНИЯ НАЧАЛЬНЫХ (МАКСИМАЛЬНЫХ) ЦЕН КОНТРАКТОВ НА ОТДЕЛЬНЫЕ ВИДЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ, УТВЕРЖДЕННЫХ ПРАВИТЕЛЬСТВОМ РФ



ВЫБОР МЕНЕЕ ПЯТИ ПРОИЗВОДИТЕЛЕЙ, СВЕДЕНИЯ О КОТОРЫХ СОДЕРЖАТСЯ В БАЗЕ ДАННЫХ ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ



ОТСУТСТВИЕ В ДОКУМЕНТАЦИИ О ТОРГАХ УКАЗАНИЯ НА ИСТОЧНИКИ ИНФОРМАЦИИ О ЦЕНАХ ТОВАРОВ (РАБОТ, УСЛУГ), ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ ЗАКАЗЧИКОМ

**Медицинское оборудование и иная продукция,
соответствующая определенным в Правилах кодам ОК 004-93**

Код по ОК 004-93	Оборудование
3311225	Приборы для исследования звуковых колебаний в органах человека
3311231	Приборы эндоскопические и увеличительные
3311232	Аппараты рентгеновские медицинские диагностические
3311233	Приборы радиодиагностические
3311239	Приборы для функциональной диагностики прочие
3311241	Анализаторы состава и свойств биологических жидкостей медицинские
3311242	Приборы и аппараты для санитарно-гигиенических и бактериологических исследований измерительные
3311262	Аппараты для лечения высокочастотные и квантовые
3311265	Приборы и аппараты радиотерапевтические, рентгенотерапевтические и ультразвуковые
3311266	Аппараты ингаляционного наркоза, вентиляции легких, аэрозольтерапии, компенсации и лечения кислородной недостаточности
3311268	Аппараты и устройства для замещения функций органов и систем организма
3311269	Приборы и аппараты для лечения прочие
3592201	Коляски инвалидные моторизованные
3592202	Коляски инвалидные безмоторные

гражданско-правовых договоров бюджетных учреждений, размещаемый на официальном сайте www.zakupki.gov.ru.

Важно ➤ При необходимости уточнить предложения о ценах на медицинское оборудование, полученные от производителей и (или) уполномоченных представителей, заказчику разрешено проводить консультации с производителями и (или) уполномоченными представителями до размещения извещения о проведении торгов на сайте www.zakupki.gov.ru ■

Работа по подготовке к размещению извещения о торгах начинается с определения заказчиком перечня производителей взаимозаменяемого медицинского оборудования, удовлетворяющего потребностям заказчика. Для этого можно использовать базу данных зарегистрированных изделий медицинского назначения, размещенную на официальном сайте Росздравнадзора

www.roszdravnadzor.ru (раздел “Автоматизированные информационные системы и системы внесения сведений” >> “Реестры” >> “База регистрационных удостоверений на изделия медицинского назначения отечественного и зарубежного производства”).

Поиск изделий медицинского назначения в базе возможен по наименованию изделия, названию производителя, номеру регистрационного удостоверения, тексту приложения к регистрационному удостоверению, кодам ОК и ОКДП, стране производства.

Важно ➤ Необходимо выбрать не менее пяти производителей (если их менее пяти – выбрать всех имеющихся производителей), сведения о которых содержатся в базе данных зарегистрированных изделий медицинского назначения ■

Сформировав перечень производителей, заказчик одновременно направляет им запросы о цене на медицинское обо-

рудование. Запросы должны быть одинаковыми и направляться посредством одинаковых средств связи (почтовой или электронной).

Запрос должен содержать подробное описание предполагаемого к закупке медицинского оборудования, в том числе:

- требования к качеству, техническим характеристикам, безопасности, функциональным характеристикам (потребительским свойствам), размерам, упаковке, отгрузке, году выпуска медицинского оборудования и иные показатели, связанные с определением соответствия медицинского оборудования потребностям заказчика;
- количество единиц оборудования;
- гарантийный срок и (или) объем предоставления гарантий качества, требования к обслуживанию медицинского оборудования, расходам на эксплуатацию, обязательность осуществления монтажа и наладки медицинского оборудования, а также требования к обучению лиц, осуществляющих использование и обслуживание медицинского оборудования;
- место, условия и сроки (периоды) поставки медицинского оборудования;
- порядок формирования предлагаемой цены на медицинское оборудование (с учетом или без учета расходов на перевозку, страхование, уплату таможенных пошлин, налогов и других обязательных платежей);
- сведения о валюте, используемой для формирования начальной (максимальной) цены контракта и расчетов с поставщиками (исполнителями, подрядчиками);
- порядок применения официального курса иностранной валюты к рублю РФ (установленного Центральным банком РФ и используемого при оплате заключенного контракта).

Кроме того, запрос производителю о цене должен содержать:

- просьбу предоставить информацию об уполномоченных представителях с целью последующего направления им запроса о цене;
- информацию о том, что для формирования начальной (максимальной) цены контракта заказчиком будут учтены предложения производителей и (или) уполномоченных представителей о ценах на медицинское оборудование, поступившие в 15-дневный срок со дня направления запроса о цене.

Если в ответах производителей не будет предложений о ценах на медицинское оборудование, но будет указана информация об уполномоченных представителях, то заказчик направляет уполномоченным представителям запрос о цене в течение трех дней со дня получения ответов производителей.

Запрос уполномоченному представителю должен направляться в таком же порядке, что и производителю, за исключением предоставления информации об уполномоченных представителях.

Важно ➤ На основе предложений о ценах на медицинское оборудование, полученных от производителей и (или) уполномоченных представителей, заказчик устанавливает начальную (максимальную) цену контракта, равную средней цене (или не более средней цены) предполагаемого к закупке медицинского оборудования ■

В описанном случае реестр государственных и муниципальных контрактов, а также гражданско-правовых договоров бюджетных учреждений, размещенный на официальном сайте www.zakupki.gov.ru, не применяется в качестве источника информации.

Если заказчиком не были получены от производителей и (или) уполномоченных представителей предложения о ценах на

медицинское оборудование (или получено только одно предложение), для формирования начальной (максимальной) цены контракта заказчик использует информацию о ценах контрактов на поставку предполагаемого к закупке медицинского оборудования, содержащуюся в реестре контрактов.

Важно › При использовании информации из реестра государственных и муниципальных контрактов следует ориентироваться на цены только тех контрактов, которые были исполнены в текущем и предшествующем годах ■

Вначале заказчик должен выбрать в реестре на сайте www.zakupki.gov.ru не менее пяти последних (по дате) исполненных контрактов. Если разница в цене этих контрактов составит 30% и более, заказчику необходимо найти цены пяти исполненных контрактов, отличающихся не более чем на 30% минимального значения цены контракта. Если в реестре контрактов менее пяти контрактов, заказчиком учитываются все эти контракты независимо от разницы их цен.

Важно › Информацию о ценах, полученную из реестра контрактов, переносят на бумажный носитель с указанием адреса страницы в сети Интернет и хранят в порядке и на сроки, предусмотренные для хранения документации о торгах ■

На основе цен, полученных из реестра контрактов, заказчик рассчитывает среднюю цену единицы медицинского оборудования (путем деления цены каждого контракта на количество единиц медицинского оборудования, приобретенного по каждому контракту).

На основании средней цены единицы закупленного медицинского оборудования и предложения о цене на медицин-

РЕКОМЕНДУЕТСЯ ФОРМИРОВАТЬ НАЧАЛЬНУЮ (МАКСИМАЛЬНУЮ) ЦЕНУ Контракта в соответствии с Правилами даже в тех случаях, когда это не является строго обязательным.

ское оборудование, полученного от производителя (уполномоченного представителя), заказчик определяет начальную (максимальную) цену контракта по формуле:

$$Ц = \frac{Mcp + Med}{2} \times K,$$

где *Mcp* – средняя цена единицы закупленного медицинского оборудования;
Med – единственное предложение о цене контракта, полученное от производителя (уполномоченного представителя);
K – количество единиц медицинского оборудования, предполагаемого к закупке.

Если заказчиком не получено ни одного предложения от производителей и (или) уполномоченных представителей о ценах на медицинское оборудование, начальная (максимальная) цена контракта определяется по формуле:

$$Ц = Mcp \times K.$$

Если получено одно предложение о цене на медицинское оборудование (при направлении запроса о цене единственному представителю на рынке производителю и (или) его уполномоченным представителям), заказчик устанавливает начальную (максимальную) цену контракта, равную минимальному значению из предложенной по запросу цены единственного производителя медицинского оборудования и цен контрактов на поставку такого оборудования этого же производителя, выбранных заказчиком в реестре контрактов и исполненных в текущем и предшествующем годах.

В соответствии с ч. 2 ст. 19.1¹ Федерального закона от 21.07.2005 № 94-ФЗ “О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд” (далее – Закон № 94-ФЗ) документация о торгах должна содержать не только расчет начальной (максимальной) цены контракта, но и указание на источники информации о ценах товаров (работ, услуг), использованные заказчиком.

Если в качестве источников информации о ценах на медицинское оборудование используются предложения о ценах, полученные от производителей или уполномоченных представителей, то в документации о торгах необходимо указать наименование данных лиц.

Важно ➤ Использование для обозначения источников информации таких терминов, как “Поставщик 1”, “Источник 1” и т. п., не соответствует положениям ч. 2 ст. 19.1 Закона № 94-ФЗ ■

Такой позиции придерживается Федеральная антимонопольная служба России. Это отражено в Обзоре разъяснений законодательства о размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд (Обзор подготовлен Управлением контроля размещения государственного заказа ФАС России в октябре 2011 г.).

Выбор заказчиком тех контрактов, цены которых должны быть использованы для расчета начальной (максимальной) цены контракта, существенно осложняется тем, что из реестра контрактов, как правило, невозможно определить, удовлетворяет ли медицинское оборудование, поставленное в рамках найденного контракта, потребностям заказчика.

Кроме того, непонятно, каким образом учитывать предусмотренную п. 9 Правил разницу в ценах контрактов, если контрактами предусмотрена поставка разного количества медицинского оборудования.

Также возникает вопрос, необходимо ли учитывать цены на медицинское оборудование по тем контрактам, в которых требованиям заказчика соответствует лишь часть поставленного медицинского оборудования.

Считаем, что цены контрактов необходимо сравнивать по цене за единицу медицинского оборудования. При этом следует учитывать цены за единицу медицинского оборудования, удовлетворяющего потребностям заказчика, по тем контрактам, в рамках которых был поставлен и иной товар.

Надеемся, что Минэкономразвития России и ФАС России дадут соответствующие разъяснения по данным вопросам в ближайшее время, а в настоящее время заказчикам целесообразно предпринять меры для получения предложений о ценах от производителей медицинского оборудования и (или) их уполномоченных представителей и на основе этих предложений рассчитывать начальную (максимальную) цену контракта.

Если заказчик не получил предложения от производителей и (или) их уполномоченных представителей о ценах на медицинское оборудование и если в реестре контрактов отсутствует информация о ценах контрактов на поставку требуемого медицинского оборудования, то заказчик согласно Правилам должен осуществить самостоятельный расчет начальной (максимальной) цены контракта (с использованием любых возможных источников информации о ценах на медицинское оборудование).

Если по начальной (максимальной) цене контракта, рассчитанной в соответствии с Правилами, на торги не подано ни одной заявки от участников размеще-

¹ Статья 19.1 “Начальная (максимальная) цена контракта (цена лота)” введена Федеральным законом от 21.04.2011 № 79-ФЗ.

ния заказа или не заключен контракт с единственным поставщиком на условиях, предусмотренных документацией о торгах по цене, не превышающей начальную (максимальную) цену контракта (по согласованию с контрольным органом), то заказчик вправе объявить о проведении повторных торгов, увеличив начальную (максимальную) цену контракта не более чем на 10%.

В заключение хотелось бы отметить, что строгое соблюдение Правил, утверж-

денных Правительством РФ и детально регламентирующих действия заказчика при формировании начальных (максимальных) цен контрактов на отдельные виды медицинского оборудования, обезопасит заказчиков от претензий со стороны контролирующих и правоохранительных органов. Рекомендуем формировать начальную (максимальную) цену контракта в соответствии с Правилами даже в тех случаях, когда это не является обязательным.



Читайте в ближайших номерах журнала «Заместитель главного врача»

- Задержка нервно-психического развития детей как медико-социальная проблема
- Юридическая ответственность медицинских работников
- Проблемы организации терапии варфарином в амбулаторных условиях
- Внедрения фармакогенетического тестирования в клиническую практику
- Современные методы диагностики, профилактики и лечения остеопороза



Реклама

Выгодная подписка в редакции по телефону: (495) 937-9082 или на сайте www.shop.mcfr.ru

СКИДКА 10%
для подписчиков
журнала
«Здравоохранение»

Журнал «УСЛУГИ В СФЕРЕ ЖКХ»

Взаимодействие с предприятиями сферы ЖКХ: простые решения сложных вопросов



Формат: 165 x 245 мм
Объем: 48 полос
Периодичность: 1 раз в месяц



В 2012 году вы найдете ответы на следующие вопросы:

В формате «вопрос – ответ»

- Нужно ли продлевать срочный трудовой договор с дворниками или электриками на осенне-зимний период? Договор продлевается автоматически?
- Что необходимо включить в техническое задание при планировании капитального ремонта организации? Как грамотно его составить?
- Как следует применять на практике Закон «Об энергосбережении и энергоэффективности»?

На эти и другие вопросы отвечают ведущие эксперты отрасли

Чтобы приобрести журнал со скидкой 10%, оплатите счет, размещенный ниже. **Ваша экономия составит 330 руб.**

ЗАО «МЦФЭР», Почтовый адрес: 129164, Москва, а/я 9, тел.: (495) 937-9082 (многоканальный), e-mail: ap@mcfr.ru
Банковские реквизиты ЗАО «МЦФЭР», МОСКОВСКИЙ БАНК СБЕРБАНКА РОССИИ ОАО Г. МОСКВА

СЧЕТ № Ж448 Дата: «14» февраля 2012 г.

Предмет счета	Кол-во компл.	Цена (руб.)	Сумма (руб.)
Подписка на журнал «Услуги в сфере ЖКХ» на 2012 год – 12 номеров (январь – декабрь)	1	2520-00	2520-00
НДС 10%			252-00
Всего к оплате: Две тысячи семьсот семьдесят два рубля 00 копеек			2772-00

Внимание! При оплате не забудьте указать в платежном поручении в графе «Назначение платежа»: название издания, срок подписки, почтовый адрес доставки (включая почтовые индексы), контактный телефон (с кодом города), Ф.И.О. контактного лица, номер счета. Копию платежного поручения отправьте по факсу в отдел по работе с клиентами (на копии обязательно укажите Ф.И.О. и должность получателя)

Ген. директор _____ /М.А. Межанский/

Гл. бухгалтер _____ /А.П. Игнатова/

Счет действителен до 16.04.2012 г.

Дополнительная информация о подписке в редакции:
тел.: (495) 937-9082, 933-6317; факс: (495) 933-5262; e-mail: ap@mcfr.ru

Реклама

Подготовка требований к форме котировочной заявки, подаваемой в электронном виде

Ключевые слова

запрос котировок, форма котировочной заявки, электронная цифровая подпись

С.В. Кичанов,
эксперт в области
государственного
заказа,

ЗАО “МЦФЭР”



Написать автору
WWW.ZDRAV.RU

СОГЛАСНО ФЕДЕРАЛЬНОМУ ЗАКОНУ ОТ 21.07.2005 № 94-ФЗ “О РАЗМЕЩЕНИИ ЗАКАЗОВ НА ПОСТАВКИ ТОВАРОВ, ВЫПОЛНЕНИЕ РАБОТ, ОКАЗАНИЕ УСЛУГ ДЛЯ ГОСУДАРСТВЕННЫХ И МУНИЦИПАЛЬНЫХ НУЖД” (ДАЛЕЕ – ЗАКОН № 94-ФЗ) ОДНИМ ИЗ ВАРИАНТОВ РАЗМЕЩЕНИЯ ЗАКАЗА ЯВЛЯЕТСЯ ЗАПРОС КОТИРОВОК ЦЕН.

ПО ОБЩЕМУ ПРАВИЛУ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЭТОГО ВАРИАНТА ТОВАРЫ (РАБОТЫ, УСЛУГИ) НЕ ДОЛЖНЫ ПРОИЗВОДИТЬСЯ ПО КОНКРЕТНЫМ ЗАЯВКАМ ЗАКАЗЧИКА – ДЛЯ НИХ ДОЛЖЕН БЫТЬ СФОРМИРОВАН ФУНКЦИОНИРУЮЩИЙ РЫНОК, А СУММА ОДНОИМЕННЫХ ТОВАРОВ (РАБОТ, УСЛУГ) НЕ ДОЛЖНА ПРЕВЫШАТЬ 500 ТЫС. РУБ. В ТЕЧЕНИЕ КВАРТАЛА.

КРОМЕ ТОГО, ЗАПРОС КОТИРОВОК ВОЗМОЖЕН В СЛУЧАЯХ, СПЕЦИАЛЬНО ОГОВОРЕННЫХ ЗАКОНОМ. НАПРИМЕР, ЭТО ЗАКАЗЫ “НА ПОСТАВКУ ПРОДОВОЛЬСТВИЯ, СРЕДСТВ, НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ТОПЛИВА, КОТОРЫЕ НЕОБХОДИМЫ ДЛЯ НОРМАЛЬНОГО ЖИЗНЕОБЕСПЕЧЕНИЯ ГРАЖДАН И ОТСУТСТВИЕ КОТОРЫХ ПРИВЕДЕТ К НАРУШЕНИЮ ИХ НОРМАЛЬНОГО ЖИЗНЕОБЕСПЕЧЕНИЯ” (ПРИ НАЛИЧИИ РЯДА УСЛОВИЙ, ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ В ЗАКОНЕ № 94-ФЗ), ИЛИ “В ЦЕЛЯХ ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ”.

Под запросом котировок понимается способ размещения заказа, при котором информация о потребностях в товарах (работах, услугах) сообщается заказчиком неограниченному кругу лиц путем размещения извещения о проведении запроса котировок на официальном сайте www.zakupki.gov.ru. Победителем в проведении запроса котировок признается участник размещения заказа (далее – Участник), предложивший наиболее низкую цену контракта.

Нередко при рассмотрении и оценке котировочных заявок, поданных участниками в форме электронного документа, заказчики сталкиваются с определенными проблемами. Это связано с тем, что заказчики не в полной мере соблюдают требования, установленные ст. 43 Закона № 94-ФЗ.

Так, часто не выполняется требование о том, что запрос котировок должен содержать форму котировочной заявки, пода-

СИТУАЦИЯ ТАКОВА, ЧТО ИНОГДА КАЖЕТСЯ, БУДТО ГЛАВНАЯ ЗАДАЧА ЗАКАЗЧИКА – ЭТО РАЗМЕСТИТЬ ЗАКАЗ ТАКИМ ОБРАЗОМ, ЧТОБЫ НИКТО ИЗ ПОСТАВЩИКОВ НЕ ПОЖАЛОВАЛСЯ.

Е. Живаева, консультант-преподаватель УДЦ,
Поволжская академия государственной службы им. П.А. Столыпина

ваемой в виде электронного документа (т. е. указывается только форма котировочной заявки, подаваемой на бумажном носителе).

Согласно ч. 2 ст. 46 Закона № 94-ФЗ подача участником котировочной заявки в форме электронного документа является правом участника. Если в извещении о проведении запроса котировок отсутствуют требования к котировочной заявке, подаваемой в виде электронного документа, то это не значит, что участник не вправе подать такую заявку.

Этот тезис подтверждается судебной практикой, например, постановлением Федерального арбитражного суда Северо-Западного округа от 18.12.2008 № А56-11695/2008: постановление Тринадцатого арбитражного апелляционного суда от 17.09.2008 по делу № А56-11695/2008 было оставлено без изменений. В частности, разъясняется, что ч. 2 ст. 46 Закона № 94-ФЗ предусматривает для участника размещения заказа две возможные формы подачи котировочной

заявки. Это не дает заказчику права по своему усмотрению ограничивать форму подачи заявки одной из двух форм, прямо закрепленных законодательством.

Важно ➤ В соответствии со ст. 43 Закона № 94-ФЗ заказчик должен установить в извещении о проведении запроса котировок требования к двум формам котировочной заявки. Заявка может подаваться как в письменном виде на бумажном носителе, так и в форме электронного документа ■

Рассмотрим более подробно требования к котировочной заявке, подаваемой в форме электронного документа.

В настоящее время есть два определенных электронного документа:

- это документ, в котором информация представлена в электронно-цифровой форме (согласно Федеральному закону от 10.01.2002 № 1-ФЗ “Об электронной цифровой подписи”; далее – Закон № 1-ФЗ);

Оценка рисков



ОТСУТСТВИЕ В ИЗВЕЩЕНИИ О ПРОВЕДЕНИИ ЗАПРОСА КОТИРОВОК ТРЕБОВАНИЯ ЗАКАЗЧИКА К ДВУМ ФОРМАМ КОТИРОВОЧНОЙ ЗАЯВКИ



НЕСООТВЕТСТВИЕ СОДЕРЖАНИЯ КОТИРОВОЧНОЙ ЗАЯВКИ, ПОДАВАЕМОЙ УЧАСТНИКОМ РАЗМЕЩЕНИЯ ЗАКАЗА В ФОРМЕ ЭЛЕКТРОННОГО ДОКУМЕНТА, ЗАЯВКЕ, ПОДАВАЕМОЙ В ПИСЬМЕННОЙ ФОРМЕ НА БУМАЖНОМ НОСИТЕЛЕ



НЕСОБЛЮЖДЕНИЕ УСЛОВИЙ ДЛЯ ПРИЗНАНИЯ ЭЛЕКТРОННОЙ ЦИФРОВОЙ ПОДПИСИ РАВНОЗНАЧНОЙ ПОДПИСИ В ДОКУМЕНТЕ НА БУМАЖНОМ НОСИТЕЛЕ, ОГОВОРЕННЫХ В СТ. 4 ЗАКОНА № 1-ФЗ “ОБ ЭЛЕКТРОННОЙ ЦИФРОВОЙ ПОДПИСИ”

- это документированная информация, представленная в электронной форме, т. е. в виде, пригодном для восприятия человеком с использованием электронных вычислительных машин, а также для передачи по информационно-телекоммуникационным сетям или обработки в информационных системах (согласно Федеральному закону от 27.07.2006 № 149-ФЗ “Об информации, информационных технологиях и о защите информации”; далее – Закон № 149-ФЗ).

Очевидно, что определение Закона № 149-ФЗ не противоречит определению Закона № 1-ФЗ, но более детально раскрывает понятие электронного документа; поэтому в дальнейшем мы будем ориентироваться на него.

Согласно ст. 11 Закона № 149-ФЗ обмен электронными сообщениями, каждое из которых подписано электронной цифровой подписью (или иным аналогом собственноручной подписи отправителя такого сообщения), в целях заключения гражданско-правовых договоров (или оформления иных правоотношений, в которых участвуют лица, обменивающиеся электронными сообщениями) в порядке, установленном федеральными законами, иными нормативными правовыми актами или соглашением сторон, рассматривается как обмен документами.

Важно ➤ Для того чтобы удостоверить сведения, заявленные участником в котировочной заявке, и подтвердить юридическую силу электронного документа, необходимо использовать электронную цифровую подпись (далее – ЭЦП) ■

Правовым основанием для использования ЭЦП является Закон № 1-ФЗ (который утрачивает силу с 01.07.2012; одновременно действует Федеральный закон от 06.04.2011 № 63-ФЗ “Об электронной

подписи”, устанавливающий несколько видов электронной подписи).

Согласно ст. 3 Закона № 1-ФЗ электронная цифровая подпись – реквизит электронного документа, предназначенный для защиты электронного документа от подделки, полученный в результате криптографического преобразования информации с использованием закрытого ключа электронной цифровой подписи и позволяющий идентифицировать владельца сертификата ключа подписи, а также установить отсутствие искажения информации в электронном документе.

В свою очередь, владелец сертификата ключа подписи – физическое лицо, на имя которого удостоверяющим центром выдан сертификат ключа подписи и которое владеет соответствующим закрытым ключом электронной цифровой подписи, позволяющим с помощью средств электронной цифровой подписи создавать свою электронную цифровую подпись в электронных документах (подписывать электронные документы).

Важно ➤ Электронная цифровая подпись в электронном документе равнозначна собственноручной подписи в документе на бумажном носителе при одновременном соблюдении условий, оговоренных в ст. 4 Закона № 1-ФЗ ■

Эти условия таковы:

- сертификат ключа подписи, относящийся к этой электронной цифровой подписи, не утратил силу (действует) на момент проверки или на момент подписания электронного документа при наличии доказательств, определяющих момент подписания;
- подтверждена подлинность электронной цифровой подписи в электронном документе;
- электронная цифровая подпись используется в соответствии со сведе-

ниями, указанными в сертификате ключа подписи.

Таким образом, в извещении о проведении запроса котировок заказчик должен:

- установить требование о наличии ЭЦП в котировочной заявке, поданной в форме электронного документа;
- предложить участникам размещения заказа приложить к письму корневые сертификаты удостоверяющего центра, который выдал ЭЦП, для проверки ее подлинности.

Эти требования могут быть сформулированы следующим образом: «Заявка в форме электронного документа должна содержать электронную цифровую подпись уполномоченного лица участника, заверенную электронной цифровой подписью удостоверяющего центра, внесенной в единый государственный реестр в соответствии с требованиями ст. 10 Федерального закона от 10.01.2002 № 1-ФЗ «Об электронной цифровой подписи». Просим приложить к заявке корневые сертификаты удостоверяющего центра, выдавшего данную ЭЦП, для проверки подлинности ЭЦП».

Обращаем внимание: если заказчик вместо просьбы приложить к заявке корневые сертификаты удостоверяющего центра установит требование сделать это (и невыполнение этого требования приведет к отклонению заявки на основании невозможности проверить подлинность ЭЦП участника), то участник может успешно обжаловать эти действия в контролирующем органе, поскольку данные корневые сертификаты находятся в обычном доступе на сайтах удостоверяющих центров.

Важно ➤ Можно предусмотреть такое условие: котировочная заявка должна быть подписана с использованием ключей ЭЦП, совместимых со средствами криптографической защиты информации

(далее – СКЗИ) «КриптоПро CSP» (указать версию, установленную у заказчика), применяющихся на пяти федеральных электронных торговых площадках. Ключи должны быть получены в авторизованных удостоверяющих центрах данных площадок ■

Рекомендуется также установить следующие требования:

- котировочная заявка, подаваемая в форме электронного документа, должна по содержанию соответствовать заявке, подаваемой в письменной форме на бумажном носителе;
- формат электронного документа не должен зависеть от разных версий офисных программ (например, может быть использован формат RTF – стандартный для обмена текстовыми документами).

После того как заказчик установил в извещении требования к котировочной заявке, подаваемой в форме электронного документа, на его электронный адрес начинают приходить котировочные заявки в форме электронного документа.

Согласно ч. 2 ст. 46 Закона № 94-ФЗ при получении котировочной заявки в форме электронного документа заказчик обязан в тот же день направить (в письменном виде или в форме электронного документа) участнику, подавшему такую заявку, подтверждение ее получения. В соответствии с ч. 3 той же статьи Закона заказчик должен зарегистрировать котировочную заявку, поданную в срок, указанный в извещении о проведении запроса котировок.

Рассмотрим наиболее типичные вопросы, возникающие у заказчика на этом этапе работы.

Что делать, если котировочная заявка в форме электронного документа не подписана ЭЦП?

Заказчик должен отправить подтверждение о получении котировочной заявки

и зарегистрировать ее. Затем на этапе рассмотрения и оценки котировочных заявок котировочная комиссия отклоняет такую котировочную заявку как не соответствующую требованиям к форме подачи заявки, установленным в извещении о проведении запроса котировок (на основании ч. 3 ст. 47 Закона № 94-ФЗ).

Как поступить, если котировочная заявка пришла по факсимильной связи?

В силу требований ст. 43 Закона № 94-ФЗ котировочная заявка подается участником размещения заказа заказчику в письменной форме или в форме электронного документа, подписанного электронной цифровой подписью уполномоченного лица участника. Законом не предусмотрена возможность направления котировочных заявок посредством факсимильной связи, следовательно, такая заявка участника не является оформленной надлежащим образом и подлежит отклонению (постановление Федерального арбитражного суда Поволжского округа от 02.06.2010 по делу № А12-17613/2009).

Заказчик вправе зарегистрировать данную котировочную заявку. На этапе рассмотрения и оценки котировочных заявок котировочная комиссия отклоняет данную котировочную заявку как не соответствующую требованиям, установленным в извещении о проведении запроса котировок к форме подачи заявки (на основании ч. 3 ст. 47 Закона № 94-ФЗ).

Чтобы не допустить подобных ситуаций, заказчик может указать в извещении о проведении запроса котировок, что котировочные заявки, полученные посредством факсимильной связи, к оценке не допускаются.

Как лучше отправлять подтверждение о получении заявки и надо ли его подписывать ЭЦП уполномоченного лица заказчика?

Если котировочная заявка получена в форме электронного документа, то наиболее логично отправить участнику раз-

КОТИРОВОЧНАЯ ЗАЯВКА, ПОДАВАЕМАЯ УЧАСТНИКОМ РАЗМЕЩЕНИЯ ЗАКАЗА В ФОРМЕ ЭЛЕКТРОННОГО ДОКУМЕНТА, ДОЛЖНА ПО СВОЕМУ СОДЕРЖАНИЮ СООТВЕТСТВОВАТЬ ЗАЯВКЕ, ПОДАВАЕМОЙ В ПИСЬМЕННОЙ ФОРМЕ НА БУМАЖНОМ НОСИТЕЛЕ; ОНА ДОЛЖНА БЫТЬ ПОДПИСАНА ЭЛЕКТРОННОЙ ЦИФРОВОЙ ПОДПИСЬЮ УПОЛНОМОЧЕННОГО ЛИЦА УЧАСТНИКА.

мещения заказа подтверждение о получении заявки в виде официального электронного письма, подписанного ЭЦП уполномоченного лица заказчика. Вместе с тем, поскольку ч. 2 ст. 46 Закона № 94-ФЗ установлена обязанность заказчика при получении котировочной заявки в форме электронного документа в тот же день направить участнику размещения заказа подтверждение о том, что она получена (в письменной форме или в форме электронного документа), рекомендуем в извещении о запросе котировок устанавливать требование об указании почтового адреса участника (на который можно отправить подтверждение о получении котировочной заявки в письменной форме).

В какой очередности регистрировать котировочные заявки в форме электронного документа, полученные в одно время?

Этот вопрос возникает, если котировочная комиссия затрудняется определить победителя в проведении запроса котировок среди нескольких участников размещения заказа, от которых одновременно поступили котировочные заявки в форме электронных документов.

Если на электронный почтовый ящик одновременно поступило несколько котировочных заявок (указаны одинаковые дата и время поступления электронного сообщения), то порядок их поступления может быть определен по очередности их расположения в почтовом ящике.

В целях подтверждения правильности своих действий на случай обжалования результатов запроса котировок участниками размещения заказа рекомендуется сделать скриншот экрана компьютера с открытым ящиком электронной почты. Этот порядок можно установить локальным нормативным актом заказчика (например, включить в инструкцию по делопроизводству), а также указывать в извещениях о запросе котировок.

Как проверить легитимность ЭЦП, если котировочная заявка подана в форме электронного документа?

Если заказчик установил в извещении о проведении запроса котировок соответствующие требования и условия, то он может проверить легитимность ЭЦП уполномоченного лица участника, заверенной ЭЦП удостоверяющего центра, на портале <http://www.reestr-pki.ru/reestr.html>.

В Реестре сертификатов ключа подписи уполномоченных лиц удостоверяющих центров проверяется соответствие:

- наличие в Реестре ЭЦП уполномоченного лица удостоверяющего центра;
- соответствие ЭЦП уполномоченного лица удостоверяющего центра, внесенного в Реестр с ЭЦП уполномоченного лица удостоверяющего центра, которой заверена ЭЦП участника запроса котировок.

Установив корневые сертификаты удостоверяющего центра, выдавшего ЭЦП, можно также проверить легитимность

ЭЦП уполномоченного лица участника размещения заказа.

Для проверки легитимности данных ЭЦП у заказчика должно быть установлено СКЗИ “КриптоПро CSP”. С помощью этого средства защиты заказчик может настроить функции используемой почтовой программы, которые обеспечат прием документов, подписанных сертифицированными ЭЦП, и корректный просмотр и проверку самих ЭЦП.

Если котировочная заявка в форме электронного документа подписана ЭЦП, но соответствующий сертификат не приложен, заказчик не вправе отклонять заявку на этом основании. Он может зайти на сайт удостоверяющего центра, указанного в сертификате ЭЦП участника, установить корневые сертификаты удостоверяющего центра и проверить действительность ЭЦП участника.

Важно ➤ Если при проверке ЭЦП участника выяснится, что сертификат ЭЦП участника недействителен, отозван или что ЭЦП выдана неуполномоченным удостоверяющим центром, то котировочная комиссия отклоняет такие заявки на основании ч. 3 ст. 47 Закона № 94-ФЗ ■

Если по результатам проверки ЭЦП действительна, то котировочная заявка проверяется на соответствие другим требованиям извещения о проведении запроса котировок.

Пример

Пример установления формы подачи заявок в извещении о проведении запроса котировок

Котировочная заявка подается участником размещения заказа заказчику в письменной форме или в форме электронного документа.

Котировочная заявка, представленная участником размещения заказа в письменной форме, должна быть подписана уполномоченным лицом исполнительного ор-

Пример

гана участника размещения заказа (руководителем организации, индивидуальным предпринимателем) и скреплена оригиналом печати участника размещения заказа (для юридических лиц).

Заявка в форме электронного документа должна содержать электронную цифровую подпись уполномоченного лица участника, заверенную электронной цифровой подписью удостоверяющего центра, внесенной в единый государственный реестр в соответствии с требованиями ст. 10 Федерального закона от 10.01.2002 № 1-ФЗ "Об электронной цифровой подписи".

Просим приложить к заявке корневые сертификаты удостоверяющего центра, выдавшего данную ЭЦП, для проверки подлинности ЭЦП.

Инструкция по подготовке и подаче котировочной заявки в форме электронного документа прилагается.

Котировочные заявки, полученные посредством факсимильной связи, к оценке не допускаются.

Инструкция по подготовке и подаче котировочной заявки в форме электронного документа

1. Котировочная заявка, подаваемая в форме электронного документа, – это документированная информация, представленная в электронной форме, т. е. в виде, пригодном для восприятия человеком с использованием электронных вычислительных машин, а также для передачи по информационно-телекоммуникационным сетям или обработки в информационных системах.

2. Котировочная заявка, подаваемая в форме электронного документа, должна быть подписана электронной цифровой подписью (ЭЦП), обладающей достоинствами собственноручной подписи в документе на бумажном носителе. Котировочная заявка, не подписанная ЭЦП, не имеет юридической силы и влечет за собой отклонение заявки.

Если котировочная заявка, подаваемая в форме электронного документа, подписывается ЭЦП лица, уполномоченного подписывать котировочные заявки на основании доверенности, то к котировочной заявке должна быть приложена отсканированная копия такой доверенности в форме электронного документа, представленного в формате RTF, подписанного ЭЦП лица, уполномоченного подписывать котировочные заявки на основании доверенности.

3. Котировочная заявка, подаваемая в форме электронного документа, должна быть подписана с использованием ключей ЭЦП, совместимых для использования с СКЗИ "КриптоПро CSP" (указать версию, установленную у заказчика), применяющихся на пяти федеральных электронных торговых площадках и полученных в любом авторизованном удостоверяющем центре данных площадок.

4. Список авторизованных удостоверяющих центров можно найти на общероссийском официальном сайте (ООС) <http://zakupki.gov.ru> в разделе "Информация для заказчиков и поставщиков".

5. Котировочная заявка (КЗ), подаваемая в форме электронного документа, по содержанию должна соответствовать заявке, подаваемой в письменной форме.

Пример

Электронный документ должен быть представлен в формате RTF. Участник размещения заказа должен обеспечить проверку электронного документа на отсутствие компьютерных вирусов и вредоносных программ.

6. Название электронного документа оформляется следующим образом: “КЗ на участие в запросе котировок № (указывается номер заказа с ООС)”.

7. Если котировочная заявка состоит из нескольких электронных документов, то участник размещения заказа помещает соответствующие электронные документы в папку, название которой оформляется следующим образом: “КЗ на участие в запросе котировок № (указывается номер заказа с ООС)”.

8. Котировочная заявка должна быть заархивирована (сжата). Допустимые форматы сжатия файлов – форматы программ 7-ZIP и WinRAR.

9. Сжатый электронный документ следует прикрепить к электронному письму.

10. Электронное письмо должно быть оформлено следующим образом:

В поле “Тема” указывают: “КЗ на участие в запросе котировок № (указывается номер заказа с ООС)”.

В поле текста письма указывают сведения об участнике размещения заказа, направившем котировочную заявку, для отправки подтверждения получения котировочной заявки:

- полное наименование участника размещения заказа (полные Ф.И.О. для индивидуального предпринимателя);
- индекс, почтовый адрес;
- телефон;
- контактное лицо.

11. Электронное письмо с котировочной заявкой в форме электронного документа необходимо направить по адресу электронной почты, указанному в извещении о проведении запроса котировок.

WWW.ZDRAV.RU

первый портал медицинских руководителей

**ПИШИТЕ, делитесь опытом с коллегами,
задавайте вопросы!**

Рубрика ФОРУМ

Реклама

Оптимизация оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистой патологией в субъекте РФ

Ключевые слова

порядки оказания медицинской помощи, сердечно-сосудистые заболевания, процессный подход

Е.Ю. Лудупова,
канд. мед. наук,
гл. врач Республиканской клинической больницы им. Н.А. Семашко, г. Улан-Удэ,

С.Н. Ким,
зам. гл. врача
МУЗ “Гусиноозерская центральная районная больница”,

Т.Ч. Модонова,
гл. врач АУЗ “Студенческая поликлиника”, г. Улан-Удэ,

Б.А. Гомбоева,
зам. гл. врача
МУЗ “Больница скорой медицинской помощи им. В.В. Ангапова”, г. Улан-Удэ,

И.С. Кицул,
д-р мед. наук, проф.
кафедры общественного здоровья и здравоохранения Иркутской медицинской академии последипломного образования

ПО ДАННЫМ ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (ДАЛЕЕ – ВОЗ), ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА (ДАЛЕЕ – ИБС) ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ 12,2% СМЕРТЕЙ ОТ ВСЕХ БОЛЕЗНЕЙ, ЗАНИМАЯ СРЕДИ НИХ ПЕРВОЕ МЕСТО¹. УЧИТЫВАЯ ТЯЖЕСТЬ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЭТОЙ ПАТОЛОГИИ, НЕПРЕДСКАЗУЕМОСТЬ ЕЕ ТЕЧЕНИЯ, ВСЕ БОЛЕЕ МОЛОДОЙ ВОЗРАСТ БОЛЬНЫХ, ИБС НАЗЫВАЮТ ГЛАВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЧЕЛОВЕЧЕСТВА.

НЕСМОТРИ НА ШИРОКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ГИПОЛИПЕДИМИЧЕСКИХ И АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ, ЗНАЧИТЕЛЬНО УВЕЛИЧЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА ОПЕРАЦИЙ ПО РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА, ПРОГНОЗИРУЕТСЯ, ЧТО К 2020 Г. В РОССИИ СМЕРТНОСТЬ ОТ ИБС МОЖЕТ СОСТАВИТЬ ДО 60% ОТ ЧИСЛА СМЕРТЕЙ ОТ ВСЕХ БОЛЕЗНЕЙ.

Оказание медицинской помощи в различных субъектах Российской Федерации во многом зависит от региональных особенностей. Так, для Восточной Сибири и Дальнего Востока большое значение имеют слабо развитая транспортная инфраструктура, сравнительно низкие доходы основной части населения, проживание значительной части жителей в небольших рабочих поселках (3–5 тыс. чел.) и селах (0,5–1,5 тыс. чел.), отделенных друг от друга огромными расстояниями.

В этих условиях необходим четкий алгоритм действий при оказании медицинской помощи больным с сердечно-сосудистой патологией, в т. ч. медицинской сортировки и определения “индивидуальных маршрутов пациентов” на всех этапах. Пока эта проблема не решена в полной мере и не отражена в действующих стандартах и порядках оказания медицинской помощи.

Важнейшие цели проводимых в последние годы широкомасштабных реформ в здравоохранении – прежде всего улучшение демографической ситуации и уменьшение потерь общества, связанных с заболеваемостью и смертностью от предотвратимых причин.

¹ http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/annex_ru.pdf.

"В СТРАНЕ СУЩЕСТВУЕТ 88 ЦЕНТРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ, БЫЛО БЫ ЦЕЛЕСОБРАЗНО <...> ПАЦИЕНТОВ, НУЖДАЮЩИХСЯ В ИНТЕНСИВНОМ ЛЕЧЕНИИ, НАПРАВЛЯТЬ В ЭТИ БОЛЬНИЦЫ <...> ТОЛЬКО ЧЕТЫРЕХ ИЗ 100 БОЛЬНЫХ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ВРАЧ-ТЕРАПЕВТ ПОСЫЛАЕТ К КАРДИОЛОГУ. МОЖНО ПРЕДСТАВИТЬ, КАКОЕ КОЛИЧЕСТВО ИЗ ЭТОГО ЧИСЛА ПОПАДАЕТ К КАРДИОХИРУРГУ".

Л. Бокерия, гл. специалист по сердечно-сосудистой хирургии Минздравсоцразвития России

Важно ➤ В числе приоритетных направлений работы – борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями, из-за которых ежегодно уходит из жизни множество больных трудоспособного возраста ■

Подчеркнем, что одна из проблем российского здравоохранения – слабое использование современных управленческих технологий. Следствие этого – многочисленные проблемы, устранение которых не требует дополнительных капиталовложений и связано лишь с четким структурированием этапов работы и распределением ответственности между всеми участниками.

Авторами была проведена работа по изучению и оптимизации оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистой патологией в сельской местности в регионе с низкой плотностью населения.

Республика Бурятия (далее – РБ) – субъект Российской Федерации, расположенный в центре Восточной Сибири, занимающий площадь 351,4 тыс. кв. км,

с низкой плотностью расселения (3 чел. на 1 кв. км). В республике имеется шесть городов, 21 административный район, 29 поселков городского типа и 614 других населенных пунктов. Общая численность постоянного населения РБ составляет 960 тыс. чел. (47,2% мужчин, 52,8% женщин, 19,3% детей в возрасте от 0 до 14 лет). Население трудоспособного возраста составляет 63,6% (младше трудоспособного возраста – 20,5%, старше – 15,9%).

Республика является дотационным регионом с низким уровнем среднедушевых доходов населения (в 2010 г. среднедушевой месячный доход в РБ составил 13 773,0 руб., по РФ – 18 552,6 руб.).

Медицинская помощь сельскому населению оказывается работниками 21 ЦРБ, 22 участковых больниц, 87 врачебных амбулаторий, в т. ч. 67 амбулаторий общей врачебной практики (далее – ВОП), и 345 фельдшерско-акушерских пунктов (далее – ФАП). Лечебно-профилактические учреждения имеют слабую материально-техническую базу, а показатели

Оценка рисков



НЕЧЕТКОЕ СТРУКТУРИРОВАНИЕ ЭТАПОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ



НЕДООЦЕНКА РОЛИ ФАП В ВЫЯВЛЕНИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ



НЕДОСТАТОЧНАЯ ОРИЕНТАЦИЯ ВРАЧЕЙ-СПЕЦИАЛИСТОВ ЦРБ НА НАПРАВЛЕНИЕ СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

обеспеченности медицинскими кадрами на 24,5% ниже среднероссийских (врачами – 31,9 на 10 тыс. населения в РБ и 42,2 – по РФ).

Ситуация в сельской местности еще более сложная (при том, что там проживает 45% населения республики – 432 тыс. чел.). Так, обеспеченность врачами на селе составляет 15,2 на 10 тыс. чел. (что ниже уровня по РБ в 2 раза и по РФ – в 2,7 раза), обеспеченность койками – 74,5 на 10 тыс. чел., поэтому оптимизация этапов оказания медицинской помощи в сельской местности является особенно актуальной.

В структуре причин общей смертности населения в РБ на первом месте находятся болезни системы кровообращения (46,8%), на втором месте – внешние причины (21,6%), на третьем – новообразования (13,7%).

Заболеваемость сердечно-сосудистой патологией в 2010 г. по РБ составляет 24 359,4 на 100 тыс. чел.; по сравнению с 2009 г. этот показатель увеличился на 1,4% (в 2009 г. по сравнению с 2008 г. – на 3,7%). Ежегодно отмечается увеличение абсолютного числа лиц с сердечно-сосудистой патологией, обратившихся в ЛПУ РБ: в 2010 г. по сравнению с 2009 г. – на 2,0% (3266 больных). Отмечается рост смертности от болезней системы кровообращения (в 2010 г. по сравнению с 2009 г. – на 3,3%), в том числе – рост госпитальной летальности от инфаркта миокарда.

Этапы оказания кардиологической помощи сельскому населению РБ

Первый контакт сельских жителей с системой здравоохранения осуществляется на уровне ФАП, которые подчинены (по медицинским вопросам) врачебной амбулатории или участковой больницы (при их отсутствии – непосредственно центральной районной больнице).

Необходимость существования ФАП в сельской местности определяется низкой плотностью проживания населения и необходимостью обеспечения доступности медицинской помощи для жителей удаленных населенных пунктов.

Следующий этап оказания медицинской помощи сельскому населению – центральная районная больница (ЦРБ). На этом этапе функционируют амбулаторно-поликлиническое и госпитальное звенья. На поликлинику ЦРБ возлагается осуществление комплекса консультативно-диагностических мероприятий, позволяющих верифицировать диагноз и назначить соответствующее лечение, при необходимости – направить пациента на высокотехнологичное лечение сердечно-сосудистой патологии в Республиканскую клиническую больницу.

Общая схема этапов оказания медицинской помощи сельским жителям РБ при сердечно-сосудистых заболеваниях представлена на рис. 1.

Ключевые проблемы при оказании медицинской помощи сельским жителям:

- низкий уровень обеспеченности врачами и средними медицинскими работниками;
- большая доля медработников предпенсионного и пенсионного возрастов;
- слабая материально-техническая база;
- плохое состояние транспортных сетей и коммуникаций;
- большая удаленность мест проживания от мест оказания медицинской помощи;
- низкая плотность населения.

Решение этих проблем во многом зависит от организации оказания медицинской помощи в ФАП.

Анализ организации оказания медицинской помощи сельским жителям на различных этапах

Для понимания процессов, которые происходят на каждом этапе оказания

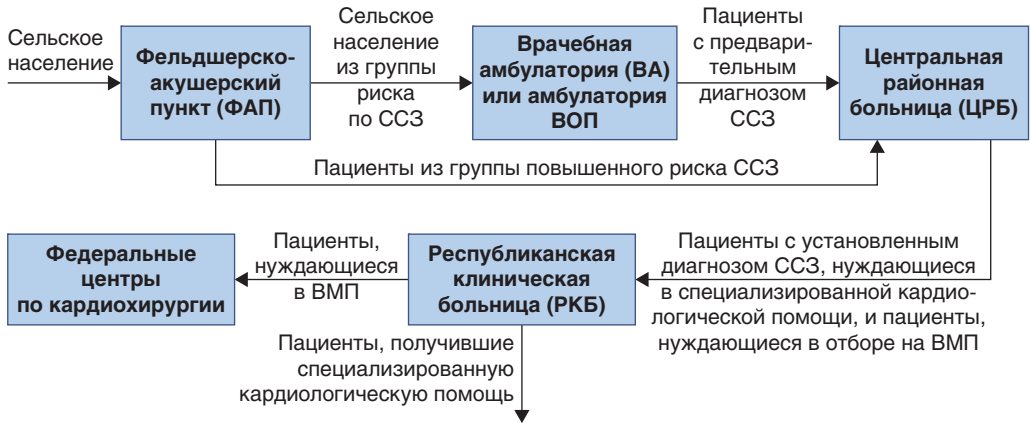


Рис. 1. Схема этапов оказания медицинской помощи сельским жителям РБ при сердечно-сосудистых заболеваниях

медицинской помощи, необходимо их идентифицировать, определить требования к ним и определить “владельца” процесса. Нами была использована методология функционального моделирования, где в качестве графического изображения процесса использована технология построения блок-схем и диаграмм потока. Это позволило систематизировать порядок последовательных действий, имеющих законченный результат.

Управление процессом предполагает наличие определенного набора регламентирующих документов (федеральные и региональные нормативно-правовые акты, приказы, план работы, должностные инструкции и т. д.), учетных документов, необходимых для выполнения поставленной задачи (рабочие журналы, амбулаторные карты, бланки).

В блок-схеме подробно описывается выполняемая работа: на “входе” ставят задачу и указывают последовательность этапов ее реализации. На “выходе” должен быть представлен конечный результат процесса (который может быть “входом” для следующего). В блок-схему включены ресурсы (материально-технические, кадровые, управленческие), необходимые для достижения поставленной цели.

Важно > Изучение процесса с помощью системного подхода позволяет учесть все важные факторы, минимизировать число ошибок, определить наиболее эффективные действия, своевременно провести их коррекцию ■

Одной из задач была оптимизация этапности оказания медицинской помощи, поэтому нам представлялось важным четко структурировать действия “владельцев” процесса на каждом этапе. В качестве примера приведем блок-схему процесса скрининга по выявлению на уровне ФАП пациентов с сердечно-сосудистой патологией (рис. 2). Подобным образом были описаны и другие процессы.

“Владелец” процесса – фельдшер ФАП. Правильность его действий при соблюдении этапов процесса во многом определяет своевременность выявления кардиоваскулярной патологии и адекватную маршрутизацию пациентов, нуждающихся в последующем лечении на других этапах.

Поддерживается процесс:

- управлением при помощи регламентирующих документов, определяющих деятельность медицинского персонала ФАП;

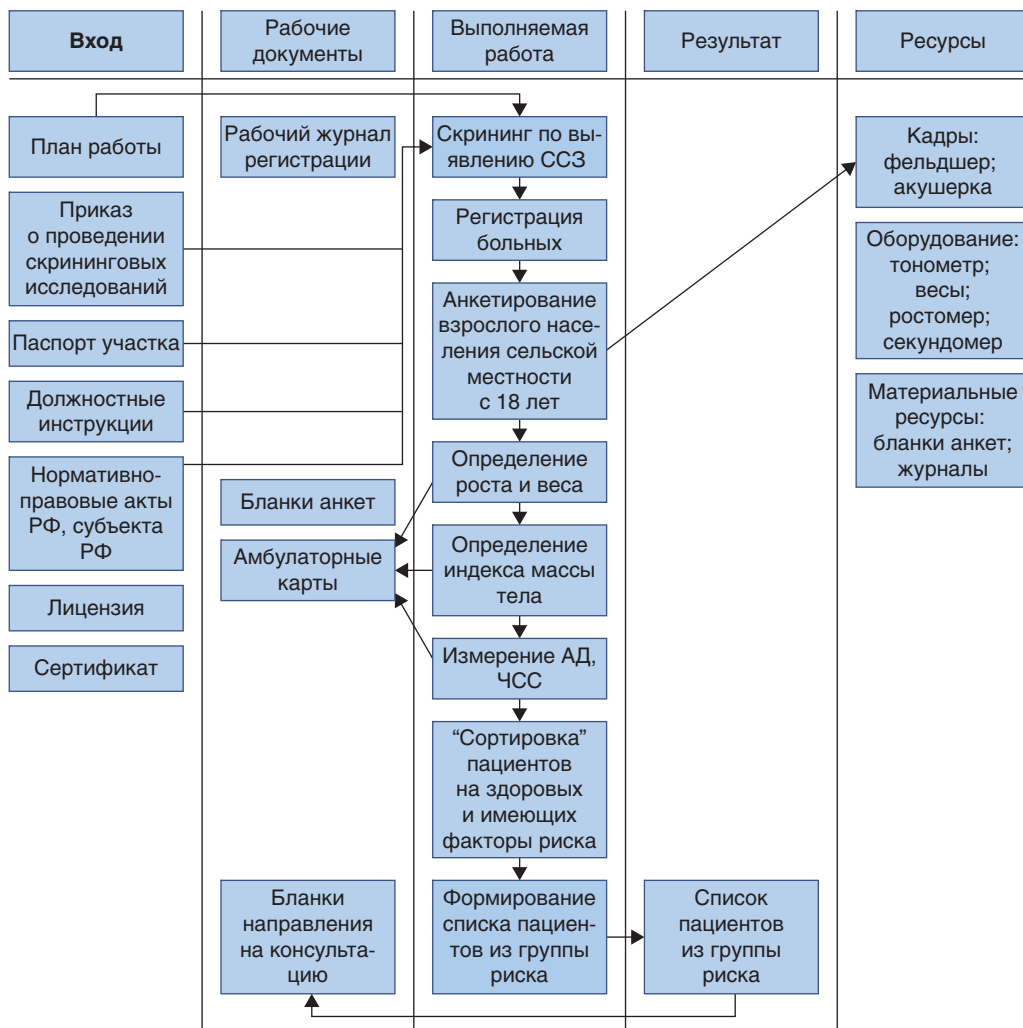


Рис. 2. Блок-схема процесса скрининга, позволяющего выявить пациентов с сердечно-сосудистой патологией на уровне ФАП

- предварительным обучением “владельца” процесса;
- мониторингом работы со стороны вышестоящего руководителя.

В перечень регламентирующих документов, необходимых для реализации процесса, входят нормативно-правовые документы, лицензия на медицинскую деятельность, сертификаты специалистов, паспорт участка, должностные инструкции, план работы. Кроме того, необ-

ходимы журнал для регистрации пациентов, медицинская карта амбулаторного больного, бланки направлений, анкеты.

На “входе” процесса – сельское население, которому необходимо провести скрининг по выявлению сердечно-сосудистой патологии.

Этапы процесса скрининга:

- анкетирование жителей в возрасте старше 18 лет для выявления факто-

ров риска сердечно-сосудистой патологии;

- антропометрия (определение роста и веса) и определение индекса массы тела);
- измерение артериального давления, определение частоты сердечных сокращений;
- сортировка на здоровых и лиц с риском заболевания.

На “выходе” – пациенты, входящие в группу риска по развитию сердечно-сосудистых заболеваний.

Результат процесса – список пациентов, входящих в группу риска, направление их к врачу для дальнейшего обследования (на следующем этапе).

Ресурсы для обеспечения процесса – кадры (фельдшер), оборудование (тонометр, фонендоскоп, весы, ростометр, секундомер), бланки анкет, медицинских карт, журналов.

В результате скрининга фельдшер ФАП будет владеть полной информацией о состоянии здоровья обслуживаемого населения, сформирует группу риска по сердечно-сосудистой патологии, определит дальнейший маршрут пациентов, совместно с врачом определит персональные программы по коррекции образа жизни пациентов. Будет обеспечена преемственность оказания медицинской помощи.

Алгоритм процесса выявления в ФАП пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями представлен на рис. 3.

На втором уровне (ЦРБ) участковый врач-терапевт производит отбор пациентов, входящих в группу риска, – тех, кому показано дальнейшее обследование. При выявлении патологии участковый врач направляет пациента к врачу-кардиологу.

Результаты работы врача-кардиолога – формирование группы пациентов, имеющих показания для получения специализированной (в т. ч. высокотехнологичной)

медицинской помощи, составление и ведение листа ожидания на получение высокотехнологичной медицинской помощи (далее – ВМП).

Регламентирующими для данного процесса являются нормативно-правовые документы (в т. ч. региональная программа модернизации, стандарты и порядки оказания медицинской помощи), лицензия на медицинскую деятельность, сертификаты специалистов, должностные инструкции, комплексный план работы ЦРБ.

Другие документы – медицинская карта амбулаторного больного, статистический талон, журнал диспансерного наблюдения пациентов, бланки направлений, анкеты, методические рекомендации.

Необходимые материально-технические ресурсы: система холтеровского мониторирования ЭКГ, кардиограф, велоэргометр, аппарат ультразвуковой диагностики с кардиологическим датчиком, рентгеновский аппарат, биохимический анализатор.

На “входе” процесса врач-кардиолог районной поликлиники консультирует пациентов с установленными диагнозами сердечно-сосудистых заболеваний. Его цель – определить необходимость оказания ВМП.

Этапы процесса:

- проведение инструментальных исследований (электрокардиография, холтеровское мониторирование, велоэргометрия, эхокардиография, рентгенография органов грудной клетки);
- проведение лабораторных исследований (“липидный профиль”);
- интерпретация результатов обследования;
- сортировка больных на нуждающихся и не нуждающихся в ВМП.

На “выходе” – список больных, которым показана ВМП.

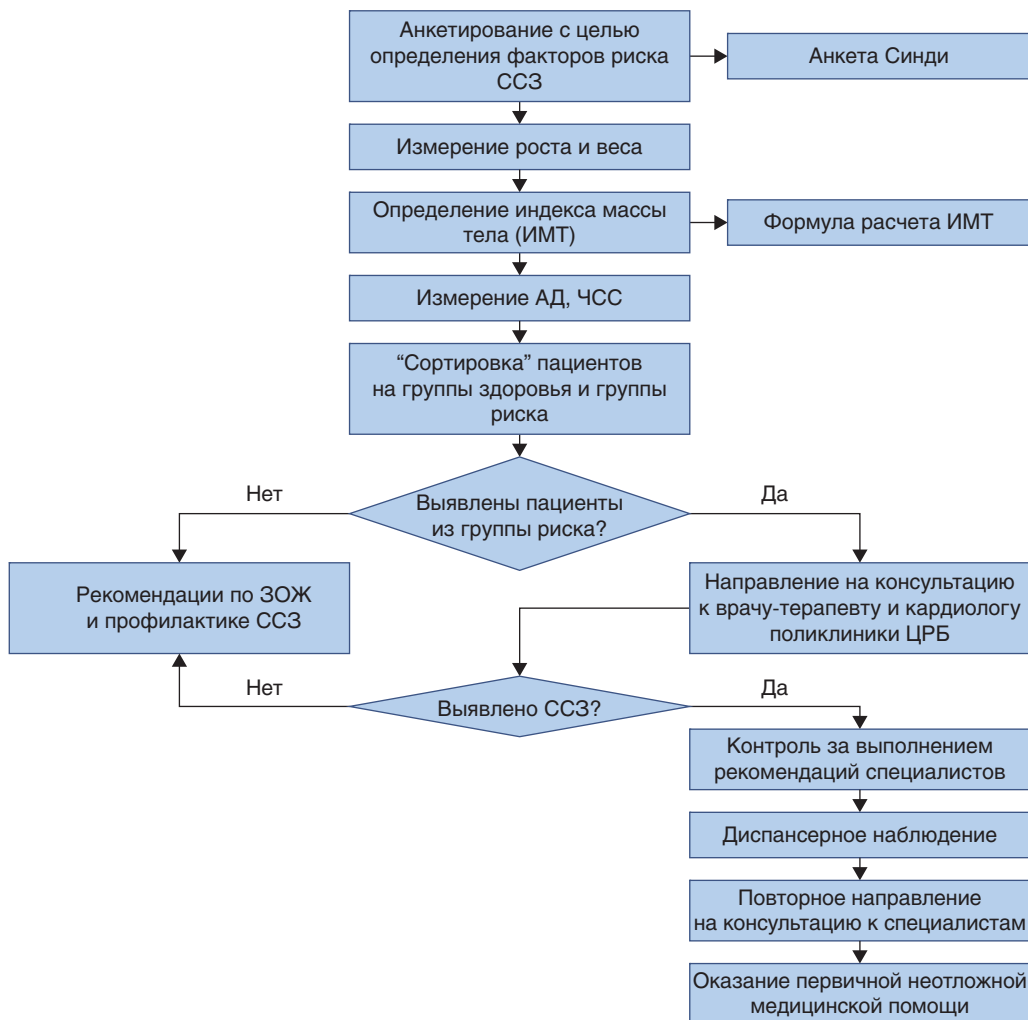


Рис. 3. Алгоритм процесса выявления в ФАП пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями

Основные проблемы данного этапа:

- отсутствие ориентации врачей-специалистов ЦРБ на реализацию возможностей по оказанию ВМП;
- невыполнение врачебных рекомендаций пациентами сельских населенных пунктов;
- удаленность сельских поселений от ЛПУ, недостаточная транспортная доступность.

В дальнейшем подробный выписной эпикриз ("выход" предыдущего процесса)

в электронном виде направляется врачу-кардиологу республиканской клинической больницы (далее – РКБ), ответственному за организацию ВМП. Он организует необходимое дообследование пациента и формирует регистр нуждающихся в ВМП (лист ожидания). Заместитель главного врача РКБ по лечебной работе контролирует своевременность направления пациентов на ВМП врачом-кардиологом.

Итоги данного этапа на уровне сельского муниципального образования – вы-

полнение задач, поставленных органом управления здравоохранения РБ:

- достижение значений индикаторов, свидетельствующих о выполнении программ социально-экономического развития региона и о модернизации здравоохранения;
- выполнение порядков оказания медицинской помощи по кардиологическому профилю;
- достижение удовлетворенности пациентов, оцениваемой в соответствии с установленными индикативными показателями.

Министерство здравоохранения РБ осуществляет управление оказанием населению медицинской помощи кардиологического профиля в лечебном учреждении регионального уровня, имеющем лицензию на оказание специализированной медицинской помощи по кардиологии и лицензию на ВМП по сердечно-сосудистой хирургии.

В ходе этого процесса достигаются следующие цели:

- снижение уровня смертности и инвалидизации согласно утвержденным индикативным показателям программы модернизации;
- выполнение стандартов и порядков оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями;
- выполнение государственного задания по ВМП согласно программе государственных гарантий;
- достижение удовлетворенности пациентов.

На “входе” процесса – пациенты, отобранные на предыдущем этапе (ЦРБ) как нуждающиеся в специализированной, в т. ч. высокотехнологичной медицинской помощи кардиологического профиля.

На “выходе”:

- пациенты, получившие специализированную медицинскую помощь кардиологического профиля;

ДЛЯ ПОНИМАНИЯ ПРОЦЕССОВ, КОТОРЫЕ ПРОИСХОДЯТ НА КАЖДОМ ЭТАПЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, НЕОБХОДИМО ИХ ИДЕНТИФИЦИРОВАТЬ, ОПРЕДЕЛИТЬ ТРЕБОВАНИЯ К НИМ И ОПРЕДЕЛИТЬ “ВЛАДЕЛЬЦА” ПРОЦЕССА.

- пациенты, получившие ВМП по профилю “сердечно-сосудистая хирургия”;
- пациенты, прошедшие отбор на оказание ВМП в федеральные центры.

Актуальная проблема на уровне регионального учреждения – несвоевременное поступление пациентов с сердечно-сосудистой патологией (особенно на поздней стадии заболевания) из ЦРБ, что значительно ухудшает итоговые результаты работы. Поэтому особо значимым элементом работы является четкое соблюдение регламентирующих документов (стандартов, порядков, инструкций и т. д.).

Для выполнения данного этапа работы необходимы следующие рабочие документы:

- положение об отборе пациентов на ВМП, утвержденное приказом органа управления здравоохранением субъекта РФ;
- стандарты и порядки оказания медицинской помощи (специализированной, ВМП) больным кардиологического профиля;
- инструкции по процессу, алгоритмы действий;
- устав, лицензии и нормативные документы ЛПУ.

Необходимые ресурсы для данного этапа – помещения, оборудование, расходные материалы (в соответствии с порядками оказания медицинской помощи), лекарственные средства (согласно формулярному списку ЛПУ на основании перечня ЖНВЛП), квалифицированные медицинские кадры.

“Владельцем” процесса на уровне регионального ЛПУ являются врачи-

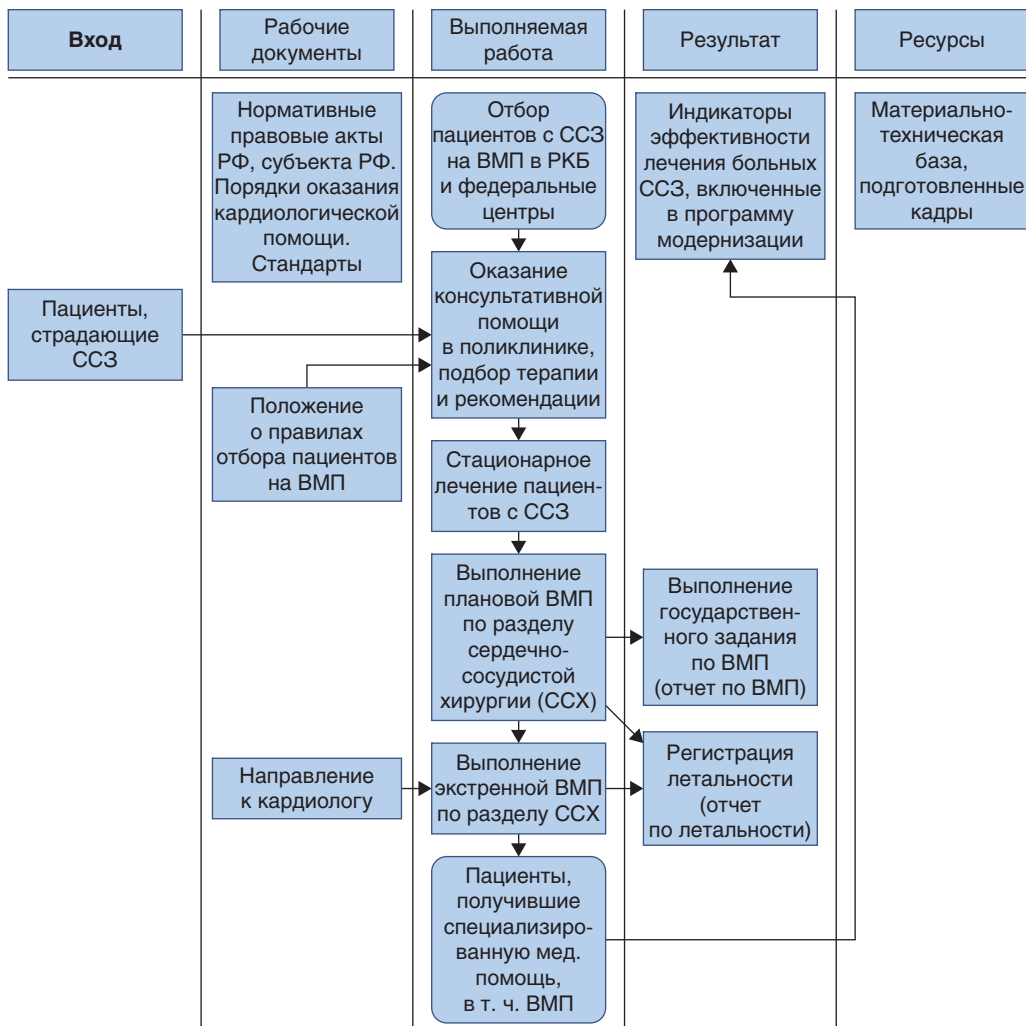


Рис. 4. Блок-схема оказания медицинской помощи на уровне регионального учреждения здравоохранения

специалисты, оказывающие помощь данной категории пациентов во главе с заместителем главного врача РКБ по лечебной работе.

Блок-схема оказания медицинской помощи на уровне регионального учреждения здравоохранения представлена на рис. 4.

(Продолжение следует)

1 июля 2012 года

заканчивается переходный период:
эффективное оказание услуг



В журнале:

- ◆ Практика эффективного планирования госуслуг
- ◆ Учет и налогообложение госуслуг
- ◆ Формирование госадаания
- ◆ Новейшая нормативно-правовая база
- ◆ Отраслевые особенности

Читайте в 2012 году:

- Госуслуги в переходный период
- Грамотное распоряжение субсидиями
- Практика расчета нормативных затрат на услуги (работы) и содержание имущества
- Организация приносящей доход деятельности в новых условиях
- Доходы от аренды: как учесть и потратить
- Как сделать услуги востребованными и многое другое

Поможет адаптироваться
и зарабатывать в новых
условиях



Комментарии специалистов Минфина России

Подписка на 2012 год!

Оформите подписку любым удобным способом

В редакции

Тел.: (495) 937-9082, факс: (495) 933-5263

E-mail: ap@mcsr.ru

На сайте

www.shop.mcsr.ru

На почте

«Роспечать» – 83545, «Почта России» – 99077, «Пресса России» – 44836

Профессиональные медицинские социальные сети – возможности и перспективы

Ключевые слова

информатизация здравоохранения, профессиональные сообщества

Е.А. Тарасенко,
канд. социол. наук,
доцент кафедры
управления
и экономики
здравоохранения

НИУ “Высшая школа
экономики”



Написать автору
WWW.ZDRAV.RU

ПОПУЛЯРНОСТЬ СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ, ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОТОРЫХ ПРИОБРЕЛО В ПОСЛЕДНИЕ ГОДЫ МАССОВЫЙ ХАРАКТЕР, ОБУСЛОВИЛА ПОЯВЛЕНИЕ МНОГОЧИСЛЕННЫХ ВИРТУАЛЬНЫХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ СООБЩЕСТВ. НЕ ОСТАЛИСЬ В СТОРОНЕ ОТ ЭТОГО ПРОЦЕССА И МЕДИКИ.

В КОНЦЕ 1990-Х ГГ. В МИРЕ СТАЛИ АКТИВНО РАЗВИВАТЬСЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ СОЦИАЛЬНЫЕ СЕТИ ВРАЧЕЙ (ДАЛЕЕ – ПССВ) – НАПРИМЕР, ШИРОКО ИЗВЕСТНЫЕ SERMO.COM, DOC2DOC.COM, OZMOSIS.COM, HEALTHEVA.COM¹. В 2010 Г. В США УЖЕ БОЛЕЕ 700 ГОСПИТАЛЕЙ ИСПОЛЬЗОВАЛИ ПССВ ДЛЯ ПРОДВИЖЕНИЯ СВОИХ УСЛУГ, ПОИСКА ПЕРСОНАЛА, КОММУНИКАЦИИ С АВТОРИТЕТНЫМИ “ЛИДЕРАМИ МНЕНИЙ”, ПРЕДСТАВИТЕЛЯМИ ФАРМИНДУСТРИИ И ПРОИЗВОДИТЕЛЯМИ МЕДТЕХНИКИ². РОССИЯ НАХОДИТСЯ В САМОМ НАЧАЛЕ ЭТОГО ПУТИ.

Вполне ожидаемо, что виртуальные профессиональные сообщества наиболее распространены в экономически развитых странах Европы и Америки, в которых интернет является общедоступным и привычным средством коммуникации. Так, по данным ежегодного исследования взаимодействия врачей и Интернет Taking the Pulse, в 2009 г. 28% американских врачей пользовалось социальными сетями для своей профессиональной деятельности.

В то же время показательны данные, полученные при исследовании Bayer Healthcare China: в 2009 г. участниками ПССВ были 97% врачей, работающих в пяти крупнейших городах Китая. Опрос докторов, проведенный порталом healthcareitnews.com показал, что 87% врачей считают целесообразным использовать социальные сети при своей работе.

В 2011 г. компания AksiMed провела исследование, при котором выяснилось, что 90% опрошенных российских врачей высказываются за ПССВ. Это позволяет предположить, что в ближайшие годы численность российских медицинских

¹ 25 Top social networking sites for healthcare medical professionals: <http://medicalabtechnicianschool.org/2009/top-25-social-networking-sites-for-healthcare-medical-professionals> (22.10.2011).

² Report “Issue Brief: Social Networks in Health Care Communication, collaboration and insights”. Produced by the Deloitte Center for Health Solutions, 2010.

СОЦИАЛЬНАЯ СЕТЬ – ЭТО НЕ БАЗА ДАННЫХ, ЭТО КОММУНИКАЦИОННЫЙ КАНАЛ, СРЕДА ДЛЯ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ. КАК ВОДА – БРОСАЮТ КАМЕШЕК, И В РЕЗУЛЬТАТЕ НАЧИНАЮТ РАСХОДИТЬСЯ КРУГИ ПО ВОДЕ.

О. Колосова, управляющий партнер Клуба практикующих врачей iVrach

работников, участвующих в виртуальных профессиональных сообществах, будет расти, а характер использования таких интернет-ресурсов станет более разнообразным.

Сегодня в России существуют два типа профессиональных медицинских интернет-сообществ. Первый – это порталы, объединяющие врачей разных специальностей, такие как doctornarabote.ru, medtusovka.ru, medpublika.ru, evrika.ru, vrachirf.ru. Второй – созданные для врачей одной специальности, например, для врачей-стоматологов (stomarticle.ru), для врачей ультразвуковой диагностики (valsalva.ru), для организаторов здравоохранения (zdrav.ru).

Широта охвата врачей ПССВ¹ такова, что поведение участников стало заслуживать специальных научных исследований (включая изучение обсуждаемой проблематики, причин предпочтения, частоты обращения к интернет-ресурсам и т. д.). Высокая активность врачей по созданию и развитию профессиональных сообществ в интернет-среде даже стала при-

чиной появления нового термина – Doctor 2.0.

Интерес исследователей вполне оправдан, поскольку профессиональные сети – это платформа для активного обмена новыми идеями. Обсуждение конкретных клинических случаев, вариантов лечения и т. д. может способствовать глобальному повышению качества медицинской помощи, что важно при модернизации здравоохранения в России.

Важно ➤ Необходимо учитывать, что ПССВ – мощный инструмент, способный принести врачам и медицинским организациям как существенную пользу, так и вред ■

Результаты исследований, обобщение накопленного опыта позволят избежать многих ошибок, максимально использовать потенциал профессиональных сетей и достижения “первопроходцев”.

Вопросы, которые наиболее часто возникают у медицинских работников в отношении ПССВ, – какую реальную пользу они могут получить при использовании этих технологий, что такое Doctor 2.0 и в чем его отличие, например, от Doctor 1.0. Попытаемся ответить.

¹ Например, по данным портала doctornarabote.ru по состоянию на 20.05.2011 на нем было зарегистрировано 35 тыс. врачей (25% интернет-активных врачей России).

Оценка рисков



УГРОЗА РАЗГЛАШЕНИЯ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ ПАЦИЕНТОВ И ВРАЧЕЙ В СОЦИАЛЬНОЙ СЕТИ



ВОЗМОЖНАЯ АНГАЖИРОВАННОСТЬ САЙТА, СВЯЗАННАЯ С БИЗНЕС-ИНТЕРЕСАМИ ЕГО ВЛАДЕЛЬЦЕВ



ВОЗМОЖНОСТЬ ПОЯВЛЕНИЯ НА САЙТЕ НЕДОСТОВЕРНОЙ ИНФОРМАЦИИ ПРИ ПЛОХОЙ СИСТЕМЕ МОДЕРАЦИИ

ПССВ – это инструмент создания и накопления информации, а также свободного обмена информацией между участниками сообщества. В силу этого сети являются источником повышения осведомленности и могут использоваться самими врачами для повышения своего профессионального уровня.

В основе создания ПССВ заложены интересы, объединяющие отдельных индивидуумов. Пользователи создают свои личные кабинеты, вступают в уже существующие группы “по интересам” или создают новые микросообщества. Как правило, пользователи самостоятельно формируют свой круг общения и управляют правами доступа к сообщаемой ими информации.

Участники социальной сети могут:

- сами создавать и публиковать на интернет-сайте информацию в любом формате (текст, изображение, видео, аудио);
- бесплатно читать (смотреть, слушать) то, что размещено коллегами;
- искать материалы и бесплатно читать (смотреть, слушать) материалы, специально подготовленные редакцией портала (новости, программы научно-практических конференций, статьи специализированных изданий и т. д.);
- инициировать обсуждения, дискуссии и участвовать в них.

Не секрет, что многие российские врачи располагают не самыми большими возможностями (и желанием) для самостоятельного повышения квалификации. Они не всегда могут посещать научные библиотеки, читать специализированные периодические издания, ездить на научные конференции и семинары, отслеживать изменения законодательства в сфере здравоохранения, общаться с коллегами и авторитетными экспертами. Так, законодательные ограничения, налагаемые на общение медработников с представителями фармацевтических ком-

паний, стали причиной недовольства – иногда эти контакты были для врачей единственным источником информации о новых лекарствах.

ПССВ позволяют решить эти проблемы хотя бы частично.

Например, на портале zdrav.ru имеются разделы “Библиотека”, где представлены журнальные статьи (в том числе англоязычные, для которых предусмотрена функция автоматического перевода); обеспечен доступ к российским и зарубежным базам данных (Кокрановской библиотеке, MedlinePubmed, Национальной медицинской библиотеке США, справочникам по лекарственным средствам и лабораторным исследованиям); “Конференции и выставки” с календарем и программами мероприятий; “Обучение” с соответствующими материалами и доступом к интерактивной системе непрерывного медицинского образования MedScape CME; “Обмен мнениями” с многочисленными форумами и блогами; “Новости”.

В социальной сети medtusovka.ru есть разделы “Консилиум”, “Клинические случаи”, “Истории болезни”, “Тренинги”, “Стажировки”, “Мероприятия”, “Книги и журналы”. Существует также раздел “Видео”, в котором публикуются видеоконференции и вебинары в режиме реального времени, видеозаписи лекций и интервью с известными специалистами и учеными, выступления на конференциях, образовательные видеоролики. В сообществе vrachirf.ru есть раздел “Справочники”, где производители лекарственных средств и медицинского оборудования могут размещать свою информацию и общаться с врачами.

Вот пример вопроса с сайта valsalva.ru¹: “Посылаю обследования пациентки и прошу ответить нейрохирургов, показано ли ей хирургическое лечение, эмболиза-

¹ valsalva.ru/viewtopic.php?t=802. Дата изъятия 14.12.2011.

ция... 11-летняя девочка с головными болями, наблюдающимися с рождения, на настоящий момент выраженные головные боли беспокоят в течение нескольких дней около четырех раз в год. Результаты дуплексного сканирования сосудов Виллизиева круга справа из транстемпорального доступа представлены на первом видео..." (далее приведены протоколы УЗДС, МРТ, видеозапись УЗИ сосудов головного мозга).

Пример инициации дискуссии "Инсулиновая помпа"¹ на портале doctornarabote.ru: "Кто-нибудь сталкивался с пациентами, у которых установлены инсулиновые помпы? Интересует вопрос, насколько они надежны? Стоимость? Какую фирму выбрать? Слышала, что можно получить по квоте, какие правила получения?"

Многочисленными комментариями сопровождаются и публикации.

Система поиска позволяет врачу целенаправленно выстраивать и расширять профессиональные связи. Дискуссии, как правило, можно фильтровать по специальности, дате публикации, словам из текста.

Важно ➤ Помимо прочего, в некоторых социальных сетях предусмотрены схемы поощрения активности участников ■

Так, администрация сообщества vrachirf.ru предлагает "уважаемым коллегам взаимовыгодное сотрудничество – мы щедро оплачиваем публикации на наших страницах интересных и сложных случаев из практики"². ПССВ evrika.ru объявлены конкурсы на "лучшую статью" и "лучший консилиум" (публикации принимаются в виде клинических исследований, лекций, обзоров литературы, обзора зарубежных изданий и т. д.).

Часто организуются конкурсы и акции с призовым фондом. Например, летом в социальной сети doctornarabote.ru прошел конкурс эссе под названием "Если бы я был министром здравоохранения". По итогам конкурса владельцы портала обещают издать книгу – сборник лучших конкурсных эссе участников социальной сети. В октябре 2011 г. закончился конкурс "Ноутбук ждет своего хозяина" на лучшую публикацию о положительном опыте применения лечебного питания компании "Нутриция – современное лечебное питание" (победитель получает ноутбук, участник, занявший второе место, – сканер, третье – продуктовую корзину от компании "Нутриция"³).

Сеть medtusovka.ru проводит конкурс "Доктор года". Победителем, получающим ценный приз, может стать "кто-то из ваших коллег, возможно, – это известный врач. Здесь нет ограничений"⁴. Постоянной акцией сети doctornarabote.ru является премия "Лучший врач месяца" (на первом этапе определяют "Лучших врачей региона" и "Лучших врачей специальности", а потом из их числа выбирают "Лучшего врача месяца"). Рейтинг участникам присваивается в зависимости от количества публикаций, предложений, заметок и реплик на портале, а также по итогам голосования зарегистрированных пользователей сети.

Врачи имеют возможность скачать и распечатать листовки с полезной информацией, которая может пригодиться в практической деятельности, например – "Национальный календарь профилактических прививок", "Показатели функции внешнего дыхания", "Номограммы веса детей" и т. д.

Важно ➤ Участие в ПССВ полезно не только для врачей, но и для медицинской организации в целом ■

¹ www.doctornarabote.ru. Дата изъятия 22.10.2011.

² vrachirf.ru/about. Дата изъятия 22.10.2011.

³ www.doctornarabote.ru. Дата изъятия 22.10.2011.

⁴ medtusovka.ru/doctor/ Дата изъятия 22.10.2011.

Высокая активность врачей в профессиональном сообществе позволяет сформировать позитивный имидж ЛПУ. Такие интернет-ресурсы предоставляют уникальную возможность для подбора персонала. Наконец, на некоторых ПССВ есть инструменты для создания “профайла” (аналога “сайта-визитки”) ЛПУ.

Наряду с очевидными плюсами необходимо отметить и недостатки таких интернет-ресурсов, в том числе – потенциальные риски.

Во-первых, это излишне сложный процесс регистрации участников сообщества на некоторых ресурсах. Понятно стремление сети doctornarabote.ru сформировать сообщество, состоящее исключительно из дипломированных специалистов здравоохранения, однако выбранный вариант решения этой задачи нельзя назвать удачным.

Для обеспечения достоверности сведений, сообщаемых участниками, для регистрации на портале необходимо не просто сообщить место работы (учебы) и номер диплома, но и прислать сканированную копию (или цифровую фотографию) диплома. Уже сейчас часть потенциальных участников сообщества, столкнувшись с этим требованием, прекращает процесс регистрации. Нужно помнить, что поведение интернет-пользователя имеет свои особенности, обусловленные целым рядом представлений и стереотипов (не всегда обоснованных). Например, это касается мнений о том, что в “Интернете все есть – не здесь, так на другом сайте”, что “регистрация ущемляет свободу”, что “мои данные завтра будут продаваться” и т. д.

Если взять за образец американскую sermo.com, процесс регистрации в ПССВ заключается в указании специальности, места работы (учебы) и индикаторного номера на занятие профессиональной деятельностью. При необходимости администрация портала может самостоятельно проверить эти данные.

ЛИДЕРАМИ СТАНУТ ТЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ СЕТИ, КОТОРЫЕ СМОГУТ СОБРАТЬ НАИБОЛЬШЕЕ КОЛИЧЕСТВО ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ, СОХРАНИВ ПРОСТОТУ И УДОБСТВО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ, АКТУАЛЬНОСТЬ, КАЧЕСТВО И ОБЪЕМ ИНФОРМАЦИИ.

Во-вторых, к недостаткам профессиональных социальных сетей относятся непродуманные схемы управления (модерации) информацией, размещенной участниками. При появлении (в том числе в обсуждении на форумах) информации низкого качества (недостоверной, непрофессиональной, содержащей обсценную лексику и т. п.) возникает недоверие ко всему, что имеется на сайте. Потратив время на регистрацию, врач хочет оказаться в среде соответствующего профессионального уровня и вовсе не рассчитывает тратить время на чтение беспредметного “потока сознания”.

Хорошо известны варианты решения этой проблемы. В сообществе всегда должны быть установлены правила (например, запрет на использование обсценной лексики или ее имитации, рекламы, материалов, не относящихся к теме сайта и т. д.), нарушение которых ведет к автоматическому удалению информации и аннулированию регистрации автора. Можно установить систему рейтингов достоверности (авторитетности) материалов; можно создать специальный раздел (например, “Курилка”) для материалов с негарантированным уровнем достоверности. Можно использовать систему уведомлений о низком качестве материалов и праве редакции убирать такую информацию по своему усмотрению.

В-третьих, существует угроза разглашения персональных данных пациентов. Это может не просто испортить репутацию врача, но и привести к привлечению его к ответственности в соответствии с законом. Также нужно понимать,

что сообщения самих участников сообщества могут быть критически оценены как коллегами, так и руководителями ЛПУ. Например, можно привести данные портала job.ru о том, что работодатели целенаправленно собирают информацию о своих работниках в социальных сетях.

Важно ➤ Участие в ПССВ требует соблюдения всех норм этики и профессионального поведения. Ни при каких условиях недопустимо публиковать информацию, позволяющую идентифицировать пациента (в том числе фотографии и видеоматериалы), пренебрежительные и оскорбительные высказывания и т. д. ■

В-четвертых, нужно понимать, что сайты ПССВ являются для их создателей бизнес-проектами, что требует определенных финансовых затрат. От реализации этих проектов ожидают получить прибыль. Прежде всего это возможно за счет размещения явной или скрытой рекламы лекарственных препаратов, медицинского оборудования и т. п., продвижения фирм-производителей, проведения маркетинговых исследований по их заказу (отметим, что есть ПССВ, создатели которых заявляют о принципиальном отказе от размещения рекламы – например, valsalva.ru).

Коммерческий аспект работы сайтов ПССВ создает ряд дополнительных угроз:

- угрозу недостоверности размещаемой информации (например, акцент на позитивных эффектах лекарств при замалчивании возможных негативных последствий их приема и т. д.), что может сформировать отрицательный, “ангажированный” имидж ПССВ;
- угрозу уменьшения доверия к информации, подозрение на “конфликт интересов”, что может вести к оттоку профессионалов, нуждающихся в достоверной информации;
- раздражение пользователей обилием рекламы (при наличии достоверной информации), что также отталкивает посетителей сайта, особенно при принятии ими решения об участии в сообществе;
- угрозу ненадлежащей защиты конфиденциальной информации о пациентах и об участниках сообщества (первый вариант уже упоминался выше, второй опасен как соблазн продать “базу данных о врачах”; оба случая могут повлечь предъявление судебных исков);
- угрозу продажи ПССВ фармацевтическим компаниям или производителям медицинской техники с целью дальнейшего использования в качестве маркетингового инструмента. В качестве примера корректного поведения в таком случае можно привести англоязычную сеть childrenwithdiabetes.com (владелец – компания Джонсон & Джонсон), руководство которой выступило с официальным заявлением о самостоятельности в выборе политики портала. Подобное заявление распространила и администрация российской ПССВ vrachirf.ru: сеть «создана и на первоначальном этапе развивается на средства частных инвесторов и при поддержке Издательской группы “РЛС®” – признанного лидера в сфере информации о лекарственных средствах и товарах аптечного ассортимента в России».

Заглядывая в будущее, выделим несколько трендов, характерных для развития профессиональных социальных сетей:

1. Повышение динамичности появления информации, генерируемой самими участниками.

2. Повышение роли участников в определении тематики публикуемых материалов: посетители не только “голосуют” за определенные темы, выбирая те

или иные статьи и обсуждая те или иные вопросы, но и помогают друг другу отбирать определенный контент.

3. Значительное увеличение объема и форматов представления профессиональной информации, доступной все большему числу врачей.

Можно сделать предположения о направлениях дальнейшего развития ПССВ в России.

Будут появляться как «многопрофильные» (объединяющие врачей многих специальностей), так и «узкопрофильные»

(для врачей одной или близких специальностей) профессиональные сети. Усилится конкуренция между сетями, что приведет к появлению более новых сервисов, более удобных инструментов поиска информации, к более тщательному отбору информации.

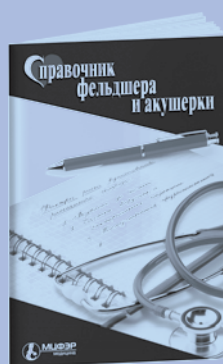
Лидерами станут те профессиональные сети, которые смогут собрать наибольшее количество участников, сохранив простоту и удобство использования, актуальность, качество и объем информации.



Читайте в ближайших номерах в журнале
«Справочник фельдшера и акушерки»

СКИДКА 10%
для подписчиков
журнала
«Здравоохранение»

- Ведение беременных с гипертензивными состояниями в соответствии с последними рекомендациями ВНОК
- Ведение беременности и выбор метода родоразрешения у женщин с рубцом на матке после кесарева сечения
- Температурные реакции у детей
- Неблагоприятные лекарственные реакции и их предупреждение у пациентов пожилого возраста
- Внутрикостная инфузия на догоспитальном этапе



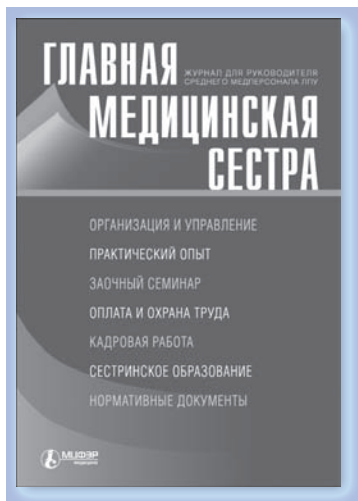
Выгодная подписка в редакции по телефону:

(495) 937-9082

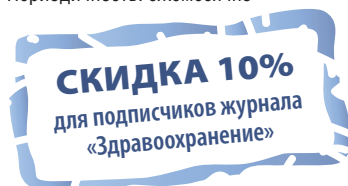
или на сайте www.shop.mcfr.ru

ГЛАВНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА

Журнал для руководителей среднего медицинского персонала



Формат: 165 × 245 мм
Объем: 160 стр.
Периодичность: ежемесячно



В центре внимания в 2012 г.:

- Роль главной медицинской сестры при размещении государственных заказов для нужд ЛПУ
- Руководитель и коллектив: разрешение конфликтов, методы стимулирования сотрудников, юридические аспекты взаимоотношений
- Реформирование управления сестринским персоналом
- Совмещение и совместительство в работе сотрудников
- Должностные инструкции и компетенции медицинской сестры
- Организация работы добровольных помощников в ЛПУ
- Информационные технологии в помощь руководителям сестринских служб
- Эргономика в сестринском деле
- Современные технологии для проведения противоэпидемиологических мероприятий
- Дезинфектанты: правильный выбор для разных целей, подводные камни инструкций по применению, проблемы определения биоцидной активности и дозирования препаратов
- Подготовка специалистов для оказания пациентам высокотехнологичной помощи

Чтобы приобрести журнал, оплатите счет*, размещенный ниже

ЗАО «МЦФЭР». Почтовый адрес: 129164, Москва, а/я 9, тел.: (495) 937-9082 (многоканальный), e-mail: ap@mcfrr.ru
Банковские реквизиты ЗАО «МЦФЭР», МОСКОВСКИЙ БАНК СБЕРБАНКА РОССИИ ОАО Г. МОСКВА

ИНН 7702019904	КПП 770201001	р/с 40702810638180134443
ОАО «Сбербанк России», г. Москва	БИК 044525225	к/с 3010181040000000225

СЧЕТ № Ж463 Дата: « 7 » февраля 2012 г.

Предмет счета	Кол-во комплектов	Цена (руб.)	Сумма (руб.)
Подписка на журнал «Главная медицинская сестра» на I полугодие 2012 года – 6 номеров (январь – июнь)	1	3480-00	3480-00
НДС 10%			348-00
Итого			3828-00

Всего к оплате: Три тысячи восемьсот двадцать восемь рублей 00 копеек

Внимание! При оплате не забудьте указать в платежном поручении в графе «Назначение платежа»: название издания, срок подписки, почтовый адрес доставки (включая почтовые индексы), контактный телефон (с кодом города), Ф.И.О. контактного лица, номер счета (счет №). Копию платежного поручения отправьте по факсу в отдел по работе с клиентами (на копии обязательно укажите Ф.И.О. и должность получателя)

Ген. директор _____ /И.А. Межанский/

Гл. бухгалтер _____ /А.П. Игнатова/



Дополнительная информация о подписке:

тел.: (495) 937-9082, 933-6317; факс: (495) 933-5262; e-mail: ap@mcfrr.ru

* Счет действителен до 30 марта 2012 г.

Реклама

Руководители медицинских организаций в контексте профессиональной управленческой компетентности

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

руководители медицинских организаций, подготовка управленческих кадров

Э.В. Зиминая,
д-р мед. наук, проф.
кафедры, эксперт
премии Правительства РФ в области качества,

Н.Ю. Ануфриева,
аспирант,

А.В. Ермолин,
аспирант,

кафедра общественного здоровья и здравоохранения ГБОУ ВПО «Московский государственный медицинский стоματοлогический университет» Минздравсоцразвития России

 Написать автору
WWW.ZDRAV.RU

С 2011 г. в субъектах РФ началась реализация региональных программ модернизации здравоохранения, которые рассчитаны на два года. Модернизационные процессы, реализуемые в сфере здравоохранения, носят масштабный характер и требуют принятия своевременных и правильных управленческих решений не только на уровне государства и органов местного самоуправления, но и на уровне каждого учреждения здравоохранения.

Для того чтобы обеспечить сопровождение проводимых реформ путем повышения профессиональных и управленческих компетенций руководителей органов власти всех уровней и учреждений здравоохранения, распоряжением Правительства РФ от 27.09.2011 № 1665-Р утверждена федеральная программа «Подготовка управленческих кадров в сфере здравоохранения и образования в 2011–2014 гг.».

В учреждениях дополнительного профессионального образования подготовка руководителей учреждений здравоохранения различного уровня осуществлялась и ранее. Представляет интерес оценка управленческого потенциала нынешних руководящих кадров медицинских учреждений.

Без внедрения современных технологий управления невозможно повысить эффективность функционирования отрасли и обеспечить качество медицинской помощи. Одна из актуальных проблем модернизации российского здравоохранения – недостаточный уровень управленческих и экономических знаний в среде руководителей медицинских организаций. Это обуславливает актуализацию политики формирования кадрового резерва отраслевых управленцев.

Сегодня как никогда требуется разработка эффективной кадровой политики для заблаговременного формирования резерва управленческих кадров здравоохранения, готовых решать сложные отраслевые задачи модернизации в условиях неопре-

ОЖИДАЕМЫЙ РЕЗУЛЬТАТ МАСШТАБНЫХ ПЛАНОВ ПЕРЕУСТРОЙСТВА ОТЕЧЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ... МОЖЕТ БЫТЬ ДОСТИГНУТ НЕ СТОЛЬКО ПОСРЕДСТВОМ... ОРГАНИЗАЦИОННО-СТРУКТУРНЫХ ПРЕОБРАЗОВАНИЙ, СКОЛЬКО ЗА СЧЕТ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ФАКТОРА, БАЗИСНОЙ ОСНОВОЙ КОТОРОГО ЯВЛЯЕТСЯ ЛИЧНОСТЬ РУКОВОДИТЕЛЯ...

Г. Барскова, ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения
Минздравсоцразвития России

деленности глобального финансового рынка.

Важно ➤ Реализация политики “кадрового резерва” призвана способствовать правильному подбору и расстановке кадров, повышению их деловой квалификации, разделению труда между руководителями и специалистами по обеспечению качества медицинской помощи в системе здравоохранения ■

О важности подготовки квалифицированных кадров хорошо сказано в статье В. Маршева “О кадровом обеспечении модернизации страны”, опубликованной в журнале “Эксперт”¹:

“Встает вопрос о средствах, обеспечивающих достижение намеченных целей становления, роста и развития продуктивных стратегий, а на их основе – достижение национальных стратегических целей. Среди всех средств, к которым традиционно относятся финансы, научные зна-

ния, природные ресурсы, производственная база и т. д., ключевым является человеческий капитал как на уровне страны и регионов, так и на уровне хозяйствующих субъектов.

В социологических опросах, проведенных в России в 2008 г., в ответ на вопрос, дефицит каких ресурсов сдерживает развитие экономики, большинство российских предпринимателей назвало не деньги, не сырье и даже не технологии, а дефицит квалифицированных кадров, прежде всего компетентных экономистов и управленцев.

Иными словами, в стране создалась парадоксальная ситуация, когда количественное предложение специалистов социально-экономических дисциплин явно превышает спрос на них, что приводит к выводу о необходимости сокращать прием в вузы по этим специальностям, и одновременно спрос на компетентных менеджеров и специалистов экономических и правовых специальностей превышает предложение таковых”.

Дефицит квалифицированных кадров ощущается и в сфере здравоохранения.

¹ Маршев В. О кадровом обеспечении модернизации страны // Эксперт. – 2010. – № 36.

Оценка рисков



НЕДОСТАТОЧНЫЙ УРОВЕНЬ ЗНАНИЙ В ОБЛАСТИ УПРАВЛЕНИЯ У РУКОВОДИТЕЛЕЙ ЛПУ



ОТСУТСТВИЕ УПРАВЛЕНЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ ЗАМЕСТИТЕЛЕЙ РУКОВОДИТЕЛЕЙ ЛПУ КАК КАДРОВОГО РЕЗЕРВА



НЕПОЛНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОТЕНЦИАЛА КАФЕДР ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ КАДРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Отрасль нуждается не только в компетентных менеджерах, но и в экономистах и юристах, владеющих спецификой финансовых потоков и свободно ориентирующихся в совокупной нормативно-правовой базе деятельности современной медицинской организации.

Необходимо совершенствовать систему подготовки руководящих кадров здравоохранения с учетом специфики социально-экономических факторов, определяющих как функционирование отрасли в целом, так и эффективность деятельности отдельной медицинской организации.

Концепция кадровой политики в здравоохранении Российской Федерации, утвержденная приказом Минздрава России от 03.07.2002 № 210, обязывала постоянно совершенствовать процесс обучения, методические подходы, наполнение учебных программ по основным дисциплинам; гибко реагировать на меняющиеся потребности здравоохранения; ориентироваться на подготовку специалистов по новым направлениям. Однако согласно приказу Минздравсоцразвития России от 28.12.2010 № 1214 приказ Минздрава России от 03.07.2002 № 210 утратил силу. И сегодня организация последипломной подготовки управленческих кадров для здравоохранения в медицинских вузах регламентируется следующими приказами Минздравсоцразвития России: от 09.12.2008 № 705н "Об утверждении Порядка совершенствования профессиональных знаний медицинских и фармацевтических работников", от 23.04.2009 № 210н "О номенклатуре специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации"; от 07.07.2009 № 415н "Об утверждении Квалификационных требований к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим

образованием в сфере здравоохранения" и другими законодательными и нормативно-правовыми актами.

Важно ➤ В настоящее время ведется работа по оформлению государственных требований к последипломному образованию по специальности 040120 "Организация здравоохранения и общественное здоровье", в которых в полной мере будет реализован компетентностный подход и определен вектор непрерывного профессионального развития специалиста в области управления и экономики здравоохранения ■

Это профессиональное развитие подразумевает не клиническую специализацию, а совсем иной вид деятельности, по сути – другую профессию – "отраслевой менеджмент". Планировать такое направление своего профессионального развития в медицине специалисту следует как можно раньше, но с учетом своих возможностей и лидерских способностей.

По мнению руководителей здравоохранения, наибольший вклад в достижение необходимого уровня подготовки специалиста вносит целевое усовершенствование после нескольких лет практической работы, а не вузовская подготовка и последипломное образование.

Интересные данные были получены нами при сравнении экспертных оценок двух групп руководителей, которые провели ранжирование приоритетов в организации подготовки отраслевых управленческих кадров. По их мнению, системность, непрерывность и знание зарубежного опыта эффективного управления в сочетании с профилактической направленностью организации здравоохранения обеспечат надлежащую подготовку специалиста в области экономики и управления здравоохранением (табл. 1).

Нами были изучены методологические подходы к последипломному обра-

Приоритетные направления совершенствования программы подготовки управленческих кадров здравоохранения

Сущность приоритета	Руководитель			
	ЛПУ		стоматологической клиники	
	%	Ранг	%	Ранг
Системность	24,7	I	29,0	I
Непрерывность	17,9	II	12,1	IV
Профилактическая направленность	12,2	III	6,1	VI
Изучение зарубежного опыта	11,8	IV	18,2	II
Изучение рыночной экономики	13,0	V	15,8	III
Соответствие международным стандартам	10,6	VI	11,9	V
Изучение советского опыта	9,9	VII	5,9	VII

зованию ведущих медицинских школ с целью определения оптимальных форм и методов преподавания. В первую очередь это относилось к унифицированной программе последипломного обучения руководителей органов и учреждений здравоохранения в системе послевузовского образования РМАПО и программе экономического образования врача на последипломном этапе его подготовки факультета управления и экономики здравоохранения Первого МГМУ им. И.М. Сеченова.

Были проанализированы методические подходы и учебные планы этих вузов. При этом были выявлены тенденции современного управленческого и экономического образования в области здравоохранения в непрофильных (немедицинских) вузах и определены “критические точки” технологий образовательного процесса. Используя методологию системного подхода, мы сочли весьма своевременным и целесообразным обосновать концептуальные основы системной подготовки управленческих кадров здравоохранения и их профессионального развития [2].

Важно ➤ Выделение принципов и задач позволяет модернизировать процесс непрерывного развития специалиста, совершенствовать технологию образования и формы учебной деятельности ■

В процессе нашего исследования проводилась экспертная оценка путей совершенствования подготовки управленческих кадров для современной медицинской организации. В качестве экспертов были привлечены квалифицированные руководители частных стоматологических клиник. Выбор экспертов определялся их активной жизненной позицией. Самое главное их отличие в том, что они, являясь эффективными собственниками, реально заинтересованы в результатах своего труда и в достижении намеченной цели. Они ориентированы на успех, верят в себя и в безошибочность своих решений. Моральные принципы не позволяют думать только о своем благополучии: забота о команде единомышленников, коллег – путь к общему успеху.

Экспертная оценка проводилась по специально разработанной программе путем анкетирования участников V Всероссийского совещания частных стоматологов (г. Псков, 2005). На совещании обсуждались новые подходы к повышению качества и культуры оказания стоматологической помощи, в том числе лидирующая роль руководства в обеспечении менеджмента качества.

Результаты анкетирования показали, что только 27,0% опрошенных дали положительный ответ на вопрос о “наличии на их территории специальной отраслевой системы подготовки резерва

экономических и управленческих кадров”.

Немногим более половины (52,4%) указали на “существование по месту работы программы повышения квалификации действующих экономических и управленческих кадров”. При этом основная масса респондентов (94,7%) указала на “необходимость наличия у врачей-администраторов навыков экономической деятельности” для обеспечения финансовой устойчивости стоматологической клиники и обеспечения качества стоматологической помощи.

Единодушно (100%) было высказано мнение о необходимости системы подготовки резерва экономических и управленческих кадров в здравоохранении с целью формирования необходимого уровня квалификации и профессиональной компетенции отраслевого руководителя для обеспечения и повышения качества медицинских услуг.

Важно ➤ Для формирования кадрового потенциала специалистов в области управления здравоохранением на всех уровнях необходимы межсекторальное сотрудничество заказчиков (Минздравсоцразвития России и Минобрнауки России) и глубокая экспертная работа профессионалов управленческого и медицинского образования ■

До последнего времени образовательные ресурсы ведущих кафедр общественного здоровья и здравоохранения медицинских вузов использовались не в полной мере, но именно они должны стать основой научно-практических образовательных центров подготовки отраслевых руководителей во всех регионах РФ. В силу своего опыта и длительности исторического развития профильные кафедры должны стать оплотом эволюционных, а не революционных преобразований в здравоохране-

нии, обеспечивая при этом высокий темп модернизационных процессов в отрасли.

Профессорско-преподавательский состав данных кафедр представлен союзом высококвалифицированных штатных педагогов и совместителей – руководителей здравоохранения различного уровня, которые четко представляют всю широту и глубину проблем управления современной медицинской организацией. При этом следует обратить особое внимание на смену поколений преподавателей, вести тщательный отбор и интенсивное развитие молодых преподавательских кадров, имеющих не только профессиональную медицинскую и/или управленческую, но и педагогическую подготовку, владеющих современными образовательными технологиями. Это позволит сформировать компетенции будущего эффективного руководителя здравоохранения.

Важно ➤ Комплекс медицинских, управленческих и экономических знаний, представлений, умений и навыков должен быть отражен в Государственных требованиях к подготовке специалистов в области экономики и управления здравоохранением ■

Приобретенные знания, навыки и умения специалиста, которые увеличивают его возможности осуществлять профессиональную деятельность, имеющую определенную экономическую ценность, определяют “человеческий капитал” любой организации, который условно можно разделить на две категории – универсальный и специфический.

“Классическое” управленческое и экономическое образование нацелено на подготовку универсального специалиста, способного работать в типовых ситуациях, вести бухгалтерскую документацию, знакомого с общеэкономической терми-

УПРАВЛЕНЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ДОЛЖНО СТАТЬ НЕОТЪЕМЛЕМОЙ СОСТАВНОЙ ЧАСТЬЮ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ БУДУЩЕГО РУКОВОДИТЕЛЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

нологией и процедурами, а также имеющего общие навыки работы в сфере сбыта и маркетинга.

Сложившиеся социально-экономические условия и рынок труда диктуют необходимость формирования в большей степени специфического интеллектуального “человеческого капитала”. К нему можно отнести специалиста, достоинства которого – навыки и умение работать в условиях отраслевой специфики и конкретной организации, что особенно актуально для учреждений здравоохранения независимо от форм собственности.

Для такого специалиста характерны знание технологии лечебно-диагностического процесса и особенностей медицинского оборудования; умение анализировать медицинскую информацию; владение профессиональной медицинской терминологией; специальные навыки решения управленческих и экономических задач здравоохранения, включая систему менеджмента качества медицинских услуг, логистику лекарственного обеспечения, участие в общественных связях внутри и за пределами медицинского сообщества.

Трудовые отношения в медицинской организации имеют весьма сложный характер, а определяющие их контакты столь разнообразны и противоречивы, что в результате продвижения по управленческой иерархии превосходные врачи-практики зачастую, к сожалению, переходят в разряд посредственных главных врачей.

Важно ➤ Государство затрачивает значительные финансовые и временные ресур-

сы на подготовку высококвалифицированных клиницистов, а после назначения на руководящую должность врач-специалист в один день должен начать осуществлять управленческие функции, в области которых он не получил своевременной и достаточной подготовки ■

В современной медицинской организации складываются “параллельные” служебные лестницы – административно-экономическая и медико-производственная. Альтернативный выбор кандидатуры на пост руководителя ЛПУ возможен, если смежные уровни двух категорий внутриучрежденческой иерархии будут заняты решением однотипных задач и подчинены общей цели – постоянному улучшению качества медицинской помощи.

В Едином квалификационном справочнике должностей руководителей, специалистов и служащих (раздел “Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения”) (утв. приказом Минздравсоцразвития России от 23.07.2010 № 541н) в требованиях к квалификации главного врача медицинской организации помимо высшего и послевузовского (дополнительного) профессионального образования указано на необходимость наличия у него сертификата специалиста по специальности “Организация здравоохранения и общественное здоровье” или высшего профессионального (экономического, юридического) образования и специальной подготовки по менеджменту в здравоохранении.

Должности заместителей главного врача и соответственно требования к их квалификации в Едином квалификационном справочнике отдельно не прописаны (за исключением заместителя главного врача по медицинской части станции скорой медицинской помощи). Указано только, что наименования должностей заместителей руководителя медицинской

организации (главного врача, директора, заведующего, начальника) дополняются наименованием раздела работы, руководство которой он осуществляет – например, “заместитель главного врача по медицинской части”, “заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом” и др.

Мы предлагаем для заместителей главных врачей, имеющих только сертификат специалиста по клинической специальности, дополнительно пройти тематическое усовершенствование по организации и управлению здравоохранением в условиях модернизации отрасли.

Важно ➤ К сожалению, упомянутый контингент руководителей (особенно с небольшим стажем работы) слабо владеет классическими управленческими технологиями, у них недостаточно сформированы так называемые базовые компетенции ■

В ходе проведения практического занятия по теме “Основы менеджмента” при работе с “Решеткой менеджера (Блейка-Моутона)”, как правило, мало кто из руководителей достигает координат “заветного квадрата” эффективного руководителя. Прохождение тематического усовершенствования одновременно повышает самооценку заместителя главного врача, приводит к усилению мотивации в обучении и дальнейшему планированию своего профессионального развития как управленца.

За период 2007–2011 гг. на циклах первичной переподготовки по специальности 040120 “Организация здравоохранения и общественное здоровье”, проводившихся на нашей кафедре, общее число слушателей составило 265 чел. На момент обучения должность главного врача занимали 103 курсанта, зам. главного врача – 97, должность руководителя

органа управления здравоохранением – 11. Было 10 курсантов – сотрудников организационно-методических отделов; еще 44 курсанта – заведующие отделениями и другие специалисты, включенные по приказу главного врача в управленческий резерв своей организации.

Комплексная оценка готовности к обучению в формате общих требований стандартов третьего поколения на цикле первичной переподготовки по специальности 040120 “Организация здравоохранения и общественное здоровье” проводилась нами на предцикловой аттестации курсантов по следующим направлениям:

- общественное здоровье и здравоохранение;
- компетентность;
- системный подход.

Полученные в результате тестирования данные по направлению “Общественное здоровье и здравоохранение” выявили вполне определенную закономерность.

Важно ➤ “Выживаемость” додипломных знаний в области общественного здоровья и здравоохранения, полученных в вузе, составляет от 40 до 70% – в прямой зависимости от стажа работы на руководящей должности ■

Это свидетельствует о высокой востребованности данного комплекса знаний в повседневной управленческой практике.

Базовый уровень “компетентности” и “системный подход” оценивались по представленной курсантами расшифровке наиболее часто встречающихся в повседневной работе эффективного управленца аббревиатур и терминов.

При анализе полученных результатов было установлено, что 89% опрошенных представили развернутые определения таких понятий, как “корпоративная культура” и “корпоративное управление”, при

этом легко приводили примеры из области развития корпоративной культуры и весьма затруднялись в отношении корпоративного управления.

Следует отметить, что половина слушателей (48%) не смогли дать четкие разграничения в определениях таким понятиям, как “управление” и “менеджмент”, а 20% курсантов считают, что эти понятия являются синонимами. Более чем у 80% опрошенных отмечается хороший уровень знаний таких определений, как “деонтология” и “коммуникация”, что свидетельствует о высоком уровне образования и профессиональной медицинской культуры.

Важно ➤ Сегодня большинством учреждений социальной сферы руководят профессионалы, которые выросли в своей профессиональной области. Это характерно как для здравоохранения, так и для медицинского образования ■

Речь идет о клиницистах высочайшей квалификации, врачах-специалистах, достигших определенного уровня развития в своем профессиональном становлении. Как правило, это люди, которые не прошли профессиональной подготовки в области управленческих технологий. В современном обществе внедрение экономических императивов в деятельность всех организаций обязывает руководство использовать наряду с практическим опытом современные технологии управленческой деятельности и эффек-

тивные экономические модели. В связи с этим наряду с профессиональным развитием специалиста желательно обеспечить его специальной подготовкой в области отраслевого управления, и конкретно – в области системы менеджмента качества.

Развитие российского здравоохранения невозможно без подготовки квалифицированного резерва управленческих кадров. При подготовке специалиста система современного управленческого образования в здравоохранении должна выполнять следующие функции: оказывать помощь в изучении материала; обучить более эффективному усвоению знаний и навыков; мотивировать к учебе и к регулярному пополнению знаний для будущей профессиональной деятельности.

Инструментами должны стать гибкость учебных планов по специальности и непрерывное обучение в течение трудовой деятельности с учетом конкретных отраслевых задач, углубленной специализации и будущего места работы.

Список использованной литературы

1. Бочкарева В.К. Пространственный фактор в формировании эффективной системы организации здравоохранения // Управление здравоохранением. – 2009. – № 3.
2. Зимица Э.В. Концептуальные основы системной подготовки управленческих кадров для здравоохранения // Экономист лечебного учреждения. – 2007. – № 2.

Ограничительные списки лекарственных средств, действующих на территории Республики Татарстан

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА основные лекарственные средства, ЖНВЛС

Л.Е. Зиганшина,
д-р мед. наук, проф.
кафедры фундамен-
тальной и клиниче-
ской фармакологии

В.Н. Хазиахметова,
канд. мед. наук,
доц. кафедры
фундаментальной
и клинической
фармакологии

Т.Р. Абакумова,
канд. мед. наук,
доц. кафедры
фундаментальной
и клинической
фармакологии

Э.Г. Александрова,
ассистент кафедры
фундаментальной
и клинической
фармакологии

Казанский (При-
волжский) феде-
ральный универси-
тет

✉ Написать автору
WWW.ZDRAV.RU

ПЕРВЫЙ МОДЕЛЬНЫЙ СПИСОК ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (ВОЗ) БЫЛ СОЗДАН В 1977 Г. ЦЕЛИ ЕГО СОЗДАНИЯ – ПРЕДОСТАВИТЬ ПРАВИТЕЛЬСТВАМ РАЗЛИЧНЫХ СТРАН МОДЕЛЬ ОТБОРА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ПРЕДНАЗНАЧЕННЫХ ДЛЯ УДОВЛЕТВОРЕНИЯ ПОТРЕБНОСТЕЙ БОЛЬШИНСТВА НАСЕЛЕНИЯ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, И СОСТАВИТЬ НА ЕГО ОСНОВЕ НАЦИОНАЛЬНЫЕ ПЕРЕЧНИ.

МОДЕЛЬНЫЙ СПИСОК ПОЗВОЛЯЕТ УЛУЧШИТЬ ПЕРВИЧНУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ПУТЕМ РАЦИОНАЛИЗАЦИИ ОТБОРА И ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛЕКАРСТВ С УЧЕТОМ ИХ ЗАТРАТНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ. ПЕРВОНАЧАЛЬНО ПРИ РАЗРАБОТКЕ СПИСКА ОСНОВНЫХ ЛЕКАРСТВ ИСХОДИЛИ ИЗ НЕОБХОДИМОСТИ ОБЕСПЕЧИТЬ ДОСТУПНОСТЬ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ (КОТОРЫЕ ДОЛЖНЫ БЫТЬ В НАЛИЧИИ ВСЕГДА) В ФУНКЦИОНИРУЮЩИХ СИСТЕМАХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, В ДОСТАТОЧНЫХ КОЛИЧЕСТВАХ, В СООТВЕТСТВУЮЩИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ФОРМАХ, ГАРАНТИРОВАННОГО КАЧЕСТВА И ПО ЦЕНЕ, КОТОРУЮ ПАЦИЕНТ И ОБЩЕСТВО МОГУТ СЕБЕ ПОЗВОЛИТЬ [1, 2].

Перечень основных лекарств представляет собой список лекарственных средств, предназначенных для решения насущных приоритетных проблем здоровья большинства населения и общественного здравоохранения. Процесс отбора лекарств основан на потребностях общественного здоровья, а основные критерии отбора – эффективность, безопасность и стоимость [3].

Первые значительные события, связанные с предлагаемой ВОЗ концепцией основных лекарств, произошли в 1975 г., за два года до публикации модельного списка ВОЗ в Женеве на Всемирной ассамблее здравоохранения. В докладе генерального директора ВОЗ были отражены основные проблемы, стоявшие перед странами в области лекарственных средств, а также предлагались возможные новые стратегии в отношении утверждения списка “самых существенных основных лекарственных средств” в качестве руководства для улучшения доступа к лечению, имеющему приоритетное значение.

ЕСЛИ НАШИ ПРЕПАРАТЫ НИЧЕМ НЕ ХУЖЕ И ПРИ ЭТОМ ИХ СТОИМОСТЬ В РАЗЫ НИЖЕ, ТО ВНЕДРЕНИЕ ТАКИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В ЛЕЧЕБНУЮ ПРАКТИКУ – ВОПРОС НЕ ТОЛЬКО ЭКОНОМИКИ ИЛИ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ РОССИИ, НО И ШИРЕ – БИОЭТИКИ И ПРАВДЕННОСТИ...

В. Петров, гл. специалист, клинический фармаколог Минздравсоцразвития России

В 1978 г. Всемирная ассамблея здравоохранения приняла резолюцию (WHA 31.32), в которой государствам-членам настоятельно рекомендовалось создать национальные перечни основных лекарств и соответствующие системы закупок. В том же году на Международной конференции по первичной медико-санитарной помощи в Алма-Ате (СССР) была принята Алма-Атинская декларация о первичной помощи [4].

В Декларации была подчеркнута необходимость незамедлительных мер со стороны всех правительств, всех работников в сфере здравоохранения и развития, а также всей мировой общественности в целях охраны и укрепления здоровья народов мира. Это была первая международная декларация, в которой подчеркивалась важность первичной медицинской помощи, а обеспечение населения основными лекарствами и вакцинами рассматривалось как ее важнейший основной компонент.

В своей первой версии (1977 г.) первый Модельный список содержал 186 лекарственных средств (международных непатентованных наименований), пред-

назначенных для борьбы с глобальным бременем болезней в то время. Каждые два года комитет экспертов ВОЗ пересматривает список для отражения новых основных проблем, связанных со здоровьем [1, 11]. Последний, 16-й пересмотр списка основных лекарственных средств ВОЗ был утвержден в марте 2009 г. Он включает 349 наименований [1].

В настоящее время 156 из 193 государств – членом ВОЗ имеют официальные национальные перечни основных лекарств; 127 из них были обновлены в последние 5–10 лет. Некоторые страны имеют также перечни на уровне отдельных провинций или штатов [2].

По состоянию на март 2010 г. в России зарегистрировано 13 860 позиций лекарственных средств (ЛС). Однако, по оценкам ВОЗ, в настоящее время не менее 70% лекарств на мировом рынке являются дубликатами или не жизненно важными средствами. Некоторые лекарства демонстрируют неблагоприятное соотношение риск/польза. Многие новые лекарства имеют показания, не существенные для основных потребностей большинства населения. В связи с этим

Оценка рисков



ВКЛЮЧЕНИЕ В ФОРМУЛЯР ЛЕКАРСТВ КАТЕГОРИИ “МЕ TOO”, С НЕДОКАЗАННОЙ ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ В ОТНОШЕНИИ КЛИНИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫХ ИСХОДОВ ЗАБОЛЕВАНИЙ И УСТАРЕВШИХ



НЕБЛАГОПРИЯТНОЕ СООТНОШЕНИЕ РИСК/ ПОЛЬЗА НЕКОТОРЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ



БОЛЬШАЯ ДОЛЯ НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ ЛЕКАРСТВ, ЯВЛЯЮЩИХСЯ ДУБЛИКАТАМИ ИЛИ НЕ ЖИЗНЕННО ВАЖНЫМИ СРЕДСТВАМИ

НЕОБХОДИМО СОКРАЩЕНИЕ ФС ЛС РТ ДЛЯ ОТБОРА НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВ- НЫХ, БЕЗОПАСНЫХ И ДЕШЕВЫХ ЛС.

разработка ограничительных (формулярных) перечней лекарственных средств с использованием методологии ВОЗ является важной задачей, которую необходимо решать на всех уровнях оказания медицинской помощи населению.

Авторами было проведено исследование. Его цель – количественная оценка ограничительных списков, действующих на территории Республики Татарстан, для выявления проблем, связанных с разработкой перечней, и формирования предложений по их решению для рационального использования лекарств и оптимизации затрат системы здравоохранения.

Было сделано сравнение ограничительных списков, действовавших на территории Республики Татарстан в 2009 г., с Модельным списком ВОЗ. Всего на территории Республики Татарстан действовали четыре основных ограничительных списка лекарственных средств:

- Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств (утв. распоряжением Правительства РФ от 30.12.2009 № 2135-р, далее – ПЖНВЛС РФ)¹;
- Перечень лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера) при оказании дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан, имеющим право на получение государственной социальной помощи (утв. приказом Минздравсоцразвития России от 18.09.2006 № 665; далее – Перечень ДЛО РФ)²;
- Перечень лекарственных средств, изделий медицинского назначения, спе-

Основные ЛС (по Модельному списку ВОЗ), включенные во все действующие ограничительные перечни РТ

Азатиоприн
Азитромицин
Аллопуринол
Амиодарон
Амитриптилин
Амоксициллин
Аспарагиназа
Атенолол
Ацетазоламид
Ацетилсалициловая кислота
Ацетилцистеин
Ацикловир
Беклометазон
Бетаметазон
Будесонид
Вальпроевая кислота
Варфарин
Верапамил
Галоперидол
Гидрокортизон
Гидроксикарбамид
Гидрохлоротиазид
Глибенкламид
Глицерил тринитрат
Дакарбазин
Дексаметазон
Диазепам
Дигоксин
Доксициклин
Ибупрофен
Изосорбид динитрат
Ипратропия бромид
Кальция фолинат
Карбамазепин
Клотримазол
Леводопа + карбидопа

¹ <http://www.minzdravsoc.ru/docs/government/26>. Дата изъятия – август 2010 г.

² <http://www.consultant.ru/online/base/?req=doc;base=LAW;n=84391>. Дата изъятия – август 2010 г.

циализированных продуктов лечебно-го питания, реализуемых гражданам, имеющим право на безвозмездное обеспечение лекарственными средствами (утв. распоряжением Кабинета министров Республики Татарстан от 16.03.2009 № 315-р, далее – Перечень ДЛО РТ)¹;

- Формулярный список лекарственных средств Республики Татарстан (5-й пересмотр, 2008 г., далее – ФС ЛС РТ) [8].

Модельный список основных лекарственных средств ВОЗ – основа для национальных перечней всех стран, независимо от уровня их экономического и социального развития [12]. Мы сравнили ограничительные списки, действующие на территории РТ, с этим перечнем. Дополнительно были проведены сравнения с Перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств (ЖНВЛС) РФ и сравнения всех перечней между собой по ранее опубликованной методологии [7].

Для формирования базы данных анализируемых перечней лекарственных средств использовали программное обеспечение Microsoft Access. Предварительно была проведена работа по унификации использованных наименований лекарств (например, во всех перечнях использовали термины: “изосорбид динитрат”, а не “изосорбида динитрат”; “глицерил тринитрат”, а не “нитроглицерин”, и т. п.). Анализу подвергли только наименования лекарственных средств (МНН, где таковые имелись), лекарственные формы не учитывали. Рассчитали доли (проценты) совпадений и различий и провели качественный анализ различий с позиций концепции основных лекарств ВОЗ [12].

Анализ действующих перечней позволил идентифицировать 76 основных ЛС (по Модельному списку ВОЗ), включен-

Левотироксин
 Мебендазол
 Меркаптопурин
 Метоклопрамид
 Метотрексат
 Метронидазол
 Метформин
 Морфин
 Нистатин
 Нифедипин
 Омепразол
 Ондансетрон
 Офлоксацин
 Панкреатин
 Парацетамол
 Пеницилламин
 Пилокарпин
 Преднизолон
 Пропранолол
 Ранитидин
 Сальбутамол
 Спиринолактон
 Сульфасалазин
 Тамоксифен
 Тимолол
 Фенобарбитал
 Флудрокортизон
 Флуконазол
 Флуфеназин
 Фуросемид
 Хлорамбуцил
 Хлорпромазин
 Цефазолин
 Циклоспорин
 Циклофосфамид
 Ципрофлоксацин
 Эналаприл
 Этанол
 Этопозид
 Этосуксимид

¹ http://prav.tatar.ru/ru/docs/post/rasp1.htm?page=7&pub_id=28083. Дата изыятия – август 2010 г.

ных во все действующие ограничительные перечни.

Особый интерес представляют основные ЛС Модельного списка ВОЗ, отсутствующие в действующих ограничительных перечнях. Из 97 этих ЛС (см. приложение) 22 являются вакцинами и иммуноглобулинами, применение которых в РФ регулируется специальными приказами, 17 – кишечные антигельминтные средства, средства лечения филяриоза, кожного и висцерального лейшманиоза, трипаносомоза, токсоплазмоза, амебной инфекции и лепры – заболеваний, которые не являются проблемой общественного здоровья в РФ; 12 – средства лечения малярии, ВИЧ-инфекции и туберкулеза, включая фиксированные комбинации; 10 – дерматологические средства; шесть – средства для предотвращения беременности, два – средства для лечения зависимостей и другие отдельные средства разных групп, представленные в действующих документах другими или аналогичными средствами. Отдельно следует отметить средства лечения зависимостей, особенно метадон, включение которого в действующие списки требует пересмотра соответствующих отечественных законодательных документов.

В Перечень ЖНВЛС РФ от 30.12.2009 г. включены 500 наименований лекарственных средств, из которых 211 – из Модельного списка ВОЗ, а 289 включены дополнительно. Таким образом, 42% лекарственных средств, включенных в ПЖНВЛС РФ, составляют лекарственные средства из Модельного списка ВОЗ (2009 г.), что составляет 60% от списка ВОЗ. 139 позиций Модельного списка основных лекарственных средств ВОЗ (40% Модельного списка ВОЗ) не вошли в ПЖНВЛС.

В пояснительной записке к проекту распоряжения Правительства Российской Федерации об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств указано, что из

500 лекарственных средств, вошедших в проект ПЖНВЛС РФ, 76 наименований – только отечественного производства, 261 наименование производится как российскими, так и зарубежными производителями, 163 наименования – только зарубежного производства [10]. Перечню ЖНВЛС РФ соответствуют 2 тыс. торговых наименований или более 5,5 тыс. лекарственных форм. Доля отечественных препаратов в обновленном перечне увеличилась до 67% по сравнению с перечнем 2007 г.

В перечень лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера) при оказании дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан (ДЛО РФ), включено 360 наименований лекарственных средств (по МНН). Анализ этого перечня показал, что он по наименованиям лекарственных средств на 26% (93 из 360 наименований) соответствует перечню ВОЗ и на 59% (214 из 360 наименований) – перечню ЖНВЛС РФ. Перечень ДЛО РФ включает 27% позиций Модельного списка основных лекарств ВОЗ и 43% позиций ПЖНВЛС РФ.

Перечень ДЛО РТ включает 278 МНН лекарственных средств. Из них 45% (125 из 278 наименований) соответствует Модельному списку ВОЗ, составляя 36% от его состава по числу позиций, и 72% (199 из 278 наименований) соответствует ПЖНВЛС РФ, составляя 40% от его численного состава.

Первый Формулярный список лекарственных средств Республики Татарстан (РТ) был создан в 1999 г. (опубликован в 2000 г.) в рамках внедрения Формулярной системы в практику здравоохранения при непосредственной экспертной, идеологической, информационной и методологической поддержке ВОЗ и прошел экспертизу в Европейском бюро ВОЗ.

Первый ФС ЛС РТ включал 578 наименований лекарственных средств. Респуб-

Сравнение ограничительных перечней ЛС, действующих на территории Республики Татарстан, и Модельного списка основных лекарств ВОЗ в период 1999–2009 гг. по числу позиций

Год	Модель ВОЗ	ФС РТ	ДЛО РТ	ДЛО РФ	ПЖНВЛС РФ
1999	308				
2000		578			421
2002	320	665	404		505
2003	316				501
2004		669		367	427
2005	315			525	512
2006		677		445	
2007	320			493	658
2008		695		360	
2009	349		278		500

лика Татарстан стала первым и единственным регионом в Российской Федерации, где инициативно была создана, внедрена и функционирует система мероприятий по отбору основных лекарств и мониторингу качества и безопасности их использования.

В республиканский формулярный список второго пересмотра (2002 г.) было включено 665 генерических наименований лекарственных средств. В ФС ЛС РТ третьего пересмотра (2004 г.) было включено 669 наименований лекарственных средств, четвертого пересмотра (2006 г.) – 677 международных непатентованных наименований лекарственных средств, в список 2008 г. – 695 МНН. Таким образом, происходит постепенное расширение формулярного списка. Темп прироста числа лекарств в Модельном списке ВОЗ в XXI в. составил 4,2 лекарства в год, в то время как в ФС ЛС РТ – 14,6 позиции в год.

Сравнение ограничительных перечней ЛС, действующих на территории Республики Татарстан, и Модельного списка основных лекарств ВОЗ в период 1999–2009 гг. по числу позиций показано в таблице.

Хорошо известна кризисная ситуация, сложившаяся в мире в XXI в. невзирая на

колоссальные финансовые вложения¹. Это касалось разработки и внедрения в практику принципиально новых лекарственных субстанций как химического, так и биотехнологического происхождения. Очевидно, что основным двигателем расширения списка является давление фармацевтических производителей, продвигающих свои продукты и “отхватывающих” долю бюджета здравоохранения для повышения своих прибылей.

ФС ЛС РФ последнего пересмотра (2008 г.) включает 695 наименований ЛС [8]. Доля ЛС из перечня ВОЗ в ФС ЛС РТ составляет 34% (234 из 695 наименований ЛС), что составляет 69% от перечня ВОЗ (234 из 350).

Сравнение ФС ЛС РТ с ПЖНВЛС РФ (2009 г.), показал, что ФС ЛС РТ на 52% (359 из 695 наименований ЛС) соответствует ПЖНВЛС, что составляет 72% (359 из 500) от этого перечня.

В ФС ЛС РТ (2008 г.) имеются многочисленные примеры включения в формуляр лекарств категории “я тоже” (“me too”). Это лекарства, которые фармацевтические компании разрабатывают наиболее эко-

¹ Fleming E., Ma Ph. From the analyst's couch: Drug life-cycle technologies Nature Reviews Drug Discovery 1, 751–752 (October 2002) / doi:10.1038/nrd926; Hughes B. Nature Reviews Drug Discovery (February? 2010), V. 9; 89–92; www.nature.com/reviews/drugdisc.

номичным для себя путем, незначительно (без потери свойств) модифицируя химическую структуру хорошо известных лекарственных молекул с доказанными лечебными свойствами, создавая новое название, проводя массивную кампанию по продвижению и продавая как “новейший инновационный прорыв”¹.

Приводим основные группы средств, представленные в ФС ЛС РТ лекарствами “я тоже”, указывая число аналогов в скобках:

- блокаторы 5HT₃-рецепторов ондансетрон и трописетрон (2);
- сульфонамиды, производные мочевины для лечения сахарного диабета: глибенкламид, гликлазид, глимепирид, глипизид и даже гликвидон (наименее изученное средство, сопоставимое с глибенкламидом по контролю уровня гликозилированного гемоглобина, но уступающее ему по контролю гликемии натощак²) (5);
- низкомолекулярные гепарины: далтепарин, надропарин, эноксапарин (3);
- производные дигидропиридина: нимодипин, амлодипин, нифедипин (3);
- ингибиторы АПФ: каптоприл, эналаприл, лизиноприл, периндоприл, рамиприл, фозиноприл (6);
- антагонисты рецепторов ангиотензина II: лозартан и телмисартан (2);
- статины (ингибиторы 3-ГМГ-КоА-редуктазы): симвастатин и аторвастатин (2);
- колониестимулирующие факторы: филграстим, молграмостим, ленограстим (3);
- НПВС, оксикамы: пироксикам, лорноксикам, мелоксикам (3);
- бисфосфонаты: этидроновая, памидроновая, ибандроновая, золедроновая кислоты (4);

- галогенизированные углеводороды (средства для наркоза): изофлуран и севофлуран (2);
- антидепрессанты, неселективные ингибиторы обратного захвата моноаминов: имипрамин, кломипрамин, амитриптилин (3);
- антидепрессанты, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина: флуоксетин, сертралин, флувоксамин, эсциталопрам (4);
- комбинации адренергических антиастматических средств и глюкокортикоидов: сальметерол + флутиказон и формотерол + будесонид (2);
- антихолинергические пульмонологические средства: ипратропия бромид и тиотропия бромид (2);
- антигистаминные средства системного действия: дифенгидрамин, клемастин, хлоропирамин, прометазин, цетиризин, лоратадин, кетотифен, фексофенадин (8).

Число “я тоже” аналогов колеблется от 2 до 8 с медианой 3 [2–4] и средним значением 3,38 (+1,71).

В ФС ЛС РТ также имеются средства с недоказанной эффективностью в отношении клинически значимых исходов заболеваний и устаревшие, такие как:

- винибис, гексобендин + этамиван + этофиллин, ницерголин, глюкозамин, хондроитина сульфат;
- актовегин; церебролизин; полипептиды коры головного мозга скота; гамма-амино-бета-фенилмасляной кислоты гидрохлорид; гопантеновая кислота; холина альфосцерат; янтарная кислота + рибоксин + никотинамид + рибофлавин; триметазидин.

К формулярным средствам с неблагоприятным соотношением “польза – риск” относятся нимесулид; гексопреналин; винпоцетин и др.

По оценкам доклада Комиссии по макроэкономике и здравоохранению 2001 г., к 2015 г. можно предотвращать более 10

¹ <http://stanmed.stanford.edu/2005summer/drugs-metoo.html> Дата изъятия – август 2010 г.

² Ti:Glibenclamide and gluquidone in the treatment of non-insulin-dependent diabetes mellitus AU:Nikkila K., Groop L SO:ACTA MED. SCAND. YR:1982 VL:211, №:1–2, P.13–17.

млн случаев смерти в год путем более широкого осуществления медико-санитарных мероприятий в отношении инфекционных и неинфекционных болезней, а также патологических состояний во время беременности, родов и в перинатальный период. Большинство из этих мер опирается на основные лекарственные средства [2].

Основная цель научно обоснованного отбора лекарств (или формулярной системы в Республике Татарстан) – внедрение в практику здравоохранения рационального (качественного, надлежащего) использования лекарств. Очевидно, что настало время принять неотложные меры по приведению в соответствие с мировой практикой процедуры и самого ограничительного перечня лекарственных средств.

Таким образом, были сделаны выводы о необходимости:

- пересмотреть ФС ЛС РТ на соответствие с перечнем основных лекарственных средств ВОЗ;
- активизировать процесс сокращения числа лекарственных средств с целью отбора наиболее эффективных, безопасных и дешевых;
- при включении новых лекарственных средств в ФС учитывать опыт ВОЗ при формировании перечня основных лекарственных средств.

Список использованной литературы

1. http://www.who.int/topics/essential_medicines/ru/.

2. The rational use of drugs Report of the Conference of Experts Nairobi, 25–29 November 1985, World Health Organisation, Geneva, 1987, 338 p. <http://apps.who.int/medicinedocs/en/m/abstract/Js17054e/> (accessed in August, 2010).

3. http://www.who.int/topics/essential_medicines/en/index.html.

4. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978, 3 p.

http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf (accessed in August, 2010).

5. *Абакумова Т.Р., Бурнашова З.А., Ведерникова О.О., Газизова Н.Т., Галяутдинова А.Ю., Зиганшина Л.Е., Тутаренко А.Ф., Хазиахметова В.Н.* Формулярная система: Метод. руководство по разработке, внедрению и поддержанию. – Казань, 2002. – 30 с.

6. <http://www.roszdravnadzor.ru/registration/ls/spis> (accessed 5 March 2010).

7. *Зиганшина Л.Е., Ниязов Р.Р., Тутаренко А.Ф.* Методические рекомендации по проведению клинико-фармакологического анализа (АТС/DDD-анализ, индикаторный анализ, фармакоэпидемиологический метод, анализ потребления отечественных/импортных лекарственных средств, анализ по Модельному списку ВОЗ, дополнительное лекарственное обеспечение). – Казань, 2008. – 55 с.

8. Республиканский формуляр лекарственных средств: Словарь-справочник торговых наименований, лекарственных форм и групповой принадлежности лекарственных средств. – 5-е изд., перераб. и доп.: Метод. руководство (утв. МЗ РТ) / Под ред. Н.И. Галиуллина, Л.Е. Зиганшиной, Р.С. Сафиуллина, Ф.Ф. Яркаевой и др. – Казань: Медицина, 2009. – 180 с.

9. Руководство по рациональному использованию лекарственных средств / Под ред. А.Г. Чучалина, Ю.Б. Белоусова, Р.У. Хабриева, Л.Е. Зиганшиной. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 768 с.

10. <http://www.rosapteki.ru/order/arhiv/detail.php?ID=31321> (Дата обращения – август 2010).

11. *Laing R., Waning B., Gray A., Ford N., 't Hoen E.* 25 years of the WHO essential medicines lists: progress and challenges // *Lancet*, 2003; 361: 1723–1729.

12. *Hogerzeil H.V.* The concept of essential medicines: lessons for rich countries // *BMJ*, 2004; 329: 1169–1172.



Приложение

Основные ЛС Модельного списка ВОЗ, отсутствующие в ограничительных перечнях РТ

Вакцины и иммуноглобулины

Вакцина БЦЖ

Вакцина против Haemophilus influenzae типа b

Вакцина против бешенства

Вакцина против ветряной оспы

Вакцина против гепатита В

Вакцина против гепатита А

Вакцина против гриппа

Вакцина против желтой лихорадки

Вакцина против коклюша

Вакцина против кори

Вакцина против краснухи

Вакцина против менингококкового менингита

Вакцина против полиомиелита

Вакцина против сыпного типа

Вакцина против эпидемического паротита

Вакцина против японского энцефалита

Иммуноглобулин сыворотки против змеиного яда

Противодифтерийная вакцина

Противостолбнячная вакцина

Вакцина против холеры

Ротавирусная вакцина

Пневмококковая вакцина


Кишечные антигельминтные средства, средства лечения филяриоза, кожного и висцерального лейшманиоза, трипаносомоза, токсоплазмоза, амебной инфекции и лепры

Албендазол

Бензнидазол

Нифуртимокс

Эфлорнитин

 Меларсопрол

Оксамниквин

Сурамин натрия

Триклабендазол

Натрия стибоглюконат или меглумина антимионат

Паромомицин

Пентамидин

Никлозамид

Дилоксанид

Диэтилкарбамазин

Ивермектин

Клофазимин

Сульфадиазин

ЛС для лечения малярии, туберкулеза и ВИЧ, включая фиксированные комбинации

Изониазид + рифампицин + этамбутол

Эмтрицитабин + тенофовир

Эфавиренз + эмтрицитабин + тенофовир

Эмтрицитабин

Ламивудин + невирапин + ставудин

Тенофовир дизопроксил фумарат

Ламивудин + невирапин + зидовудин

Амодиаквиин

Артемедер

Артемедер + люмефантрин

Артесунат

Прогуанил

Дерматологические средства

Алюминия диацетат

Бензойная кислота + салициловая кислота

Деготь каменноугольный

Дитранол

Подofilлина смола

Каламин



Селения сульфид

Серебра сульфадиазин

Метилрозанилиний хлорид (генциан виолет)

Неомицин сульфат + бацитрацин

Противозачаточные средства

Презервативы

Диафрагмы

Эстрадиола ципионат + медроксипрогестерона ацетат

Медроксипрогестерона ацетат

Норэтистерон энантат

Левоноргестрел, высвобождающий имплант

Средства лечения зависимостей

Метадон

Никотин для заместительной терапии

Витамины и минералы

Натрия фторид

Никотинамид

Антидоты

Калия железный гексацианоферрат (II) – 2H₂O (прусская голубой)

Метилтиониний хлорид (метиленовый голубой)

Натрия нитрит

Антибактериальные средства

Клоксациллин

Прокаин бензилпенициллин

Триметоприм

Дезинфектанты и антисептики

Глутарал

Хлороксиленол

Хлоросодержащие соединения


Миорелаксанты

Алкуроний

Векуроний

Антациды

Алюминия гидроксид



Магния гидроксид

Сердечно-сосудистые средства

Амилорид

Гидралазин

ЛС для детей

Уксусная кислота (ЛОР)

Простагландин Е (неонатальная помощь)

Противоанемические средства

Гидроксокобаламин

Железа [II] соль + фолиевая кислота

Местный анестетик

Лидокаин + эпинефрин

Диагностическое средство

Меглумин иотроксат

Противогрибковое средство

Флуцитозин

Антиуреидное средство

Пропилтиоурацил

Парентеральные средства

Глюкоза с натрия хлоридом

Антиаллергические средства

Хлорфенамин

Антидиарейные средства

Цинк сульфат

Обязаны ли ЛПУ применять только лекарства из перечня ЖНВЛП?

Ключевые слова

лекарственное обеспечение, перечень ЖНВЛП, основы охраны здоровья граждан

В.В. Власов,
д-р мед. наук, проф.
кафедры управления
и экономики
здравоохранения
факультета НИУ
“Высшая школа
экономики”,

Л.Е. Зиганшина,
д-р мед. наук, проф.
кафедры фундамен-
тальной и клиниче-
ской фармакологии-
Казанского
(Приволжского)
федерального
университета



Написать автору
WWW.ZDRAV.RU

ПО СОСТОЯНИЮ НА ФЕВРАЛЬ 2010 Г. В РОССИЙСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ РЕЕСТРЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ БЫЛО ЗАРЕГИСТРИРОВАНО 13 860 ТОРГОВЫХ НАИМЕНОВАНИЙ¹.

В ТО ЖЕ ВРЕМЯ СОГЛАСНО ФЕДЕРАЛЬНОМУ ЗАКОНУ ОТ 21.11.2011 № 323-ФЗ “ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ” В РАМКАХ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ГРАЖДАНЕ ОБЕСПЕЧИВАЮТСЯ БЕСПЛАТНО ТОЛЬКО ТЕМИ ЛЕКАРСТВАМИ, КОТОРЫЕ ВКЛЮЧЕНЫ В ПЕРЕЧЕНЬ ЖИЗНЕННО НЕОБХОДИМЫХ И ВАЖНЕЙШИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ (ЖНВЛП)², КОТОРЫЙ УТВЕРЖДАЕТСЯ ПРАВИТЕЛЬСТВОМ РФ.

ПРОЕКТ ПЕРЕЧНЯ ЖНВЛП НА 2012 Г., ОПУБЛИКОВАННЫЙ НА ОФИЦИАЛЬНОМ САЙТЕ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ³, ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ 567 ПОЗИЦИЙ. ОЗНАЧАЕТ ЛИ ЭТО, ЧТО ИМЕННО ЭТИ ПРЕПАРАТЫ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫ И ИХ ДОСТАТОЧНО ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДОЛЖНОГО КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ?

Вопрос о том, какие лекарства являются основными, возникает в каждой семье при формировании домашней аптечки, у каждого врача, определяющего свой арсенал для фармакотерапии, у организаторов здравоохранения, занимающихся проблемами общественного здоровья⁴.

В мировой практике необходимость определения основных лекарств (ОЛ) была осознана в 1970-е гг. – тогда решался вопрос о доступности лекарств для большинства населения стран с низким уровнем дохода. Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) была сформулирована и реализована “Концепция основных лекарств”.

Согласно определению ВОЗ основные лекарства – это “препараты, удовлетворяющие приоритетные потребности населения в области здравоохранения. Они отбираются с учетом распространенности болезней, безопасности, действенности и

¹ <http://www.minzdravsoc.ru/health/remedy/122>.

² Пункт 2. ст. 80 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации”.

³ http://www.minzdravsoc.ru/docs/doc_projects/746.

⁴ http://www.who.int/topics/essential_medicines/en/index.html.

ПЕРЕЧЕНЬ ЖИЗНЕННО ВАЖНЫХ ПРЕПАРАТОВ НЕ ОГРАНИЧИВАЕТ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДРУГИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ, ЕСЛИ ЭТО НЕОБХОДИМО ПО МЕДИЦИНСКИМ ПОКАЗАНИЯМ. ПЕРЕЧЕНЬ ЛИШЬ ГАРАНТИРУЕТ ТОТ МИНИМУМ, КОТОРЫЙ ДОЛЖЕН БЫТЬ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ.

Д. Михайлова, директор Департамента развития фармацевтического рынка и рынка медицинской техники Минздрава России

сравнительной эффективности по стоимости”¹. В 1977 г. в первый (модельный) перечень ОЛ ВОЗ было включено 186 международных непатентованных названий лекарств. Подготовленный в марте 2011 г. 17-й перечень содержит уже 349 позиций.

В последние годы ВОЗ подготавливает отдельные перечни ОЛ для взрослых и для детей. В структуре каждого перечня выделяют лекарства, необходимые для оказания медицинской помощи в любых условиях, и те, которые необходимы для оказания помощи только при наличии определенного оборудования, специалистов и т. д. (бесполезные при отсутствии этих условий).

В перечне содержатся четкие указания на конкретные лекарственные формы, а также примечания (например, указываются особенности применения ОЛ в педиатрической практике). Группировка ОЛ по “клиническому” принципу (анестетики, анальгетики и т. д.) удобна для использования перечня в практической работе врача.

В 1992 г. в России появился “Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств” (Перечень ЖНВЛС). Несоответствие названий перечней не было случайным: в бюрократическом сленге того времени вместо термина “лекарства” утвердился термин “лекарственные средства”, а определение “основные” противоречило идее создания российского перечня. Изначально она заключалась в том, что в тяжелых экономических условиях в перечень следовало включать только жизнеспасующие лекарства. Впоследствии перечень стал объектом лоббирования интересов фармацевтических компаний; в его названии появились слова “важнейшие лекарственные средства”.

Важно ➤ Изменение названия было небезобидным – в перечень стали вносить лекарства, жизненно важные лишь для некоторых категорий больных, но не необходимые для удовлетворения приоритетных нужд всего населения страны ■

¹ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs325/ru/index.html>

Оценка рисков



ВНЕСЕНИЕ В ПЕРЕЧЕНЬ ЖНВЛП ЛЕКАРСТВ, В ОТНОШЕНИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОТОРЫХ ОТСУТСТВУЮТ ДАННЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ



НАЛИЧИЕ В ПЕРЕЧНЕ ЖНВЛП ЛЕКАРСТВ, НО НЕ НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ УДОВЛЕТВОРЕНИЯ ПРИОРИТЕТНЫХ НУЖД ВСЕГО НАСЕЛЕНИЯ СТРАНЫ.



МНЕНИЕ О ТОМ, ЧТО ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ДОЛЖНО ОГРАНИЧИВАТЬСЯ ТОЛЬКО ЛЕКАРСТВАМИ ИЗ ПЕРЕЧНЯ ЖНВЛП

В последнее время в перечень стали включать лекарства для лечения редких болезней (иногда даже без доказанной эффективности). В Федеральном законе от 12.04.2010 № 61-ФЗ “Об обращении лекарственных средств” термин “лекарственные средства” в названии перечня был заменен на “лекарственные препараты”.

Функции перечня в различные периоды времени были разными – начиная от стимулирования производства определенных лекарств (путем льготного налогообложения производителей лекарств) и заканчивая стимулированием закупок. Следствием этого стало стремление фармацевтических производителей добиться включения в перечень своих препаратов. Это использовалось отраслевым министерством – например в целях поощрения продаж “одобренных” препаратов.

В течение более чем 10 лет подготовку перечня ЖНВЛС осуществлял специальный Формулярный комитет (на основании приказа Минздрава России, по определенной процедуре внесения изменений и дополнений); затем перечень утверждался Председателем Правительства РФ. Позднее в Минздравсоцразвития России отказались от услуг Формулярного комитета, который продолжил свою работу под эгидой Российской академии медицинских наук.

Важно ➤ В настоящее время существуют отдельные перечни Минздравсоцразвития России¹ и Формулярного комитета РАМН² ■

Перечень ЖНВЛП Минздравсоцразвития России на 2011 г. был подготовлен в соответствии с “Порядком формирования проекта перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств”

(утв. приказом Минздравсоцразвития России от 27.05.2009 № 276н).

Комиссия, состоящая из 12 чиновников и трех экспертов, запрашивает научно обоснованные предложения у главных внештатных специалистов Минздравсоцразвития России (при необходимости – в органах управления здравоохранением субъектов РФ, в профессиональных медицинских сообществах, у ведущих ученых и специалистов в сфере здравоохранения), проводит комплексный анализ поступивших предложений и принимает решения в результате открытого голосования (простым большинством голосов). На позиции главных внештатных специалистов Минздравсоцразвития России назначаются наиболее авторитетные и широко известные профессионалы в своих областях медицины. Знания и возможности влияния таких специалистов хорошо известны в научной среде, а также производителям и дистрибьюторам лекарств и медицинского оборудования.

Важно ➤ Возможность потенциального “конфликта интересов”, хорошо изученная в экономически развитых странах^{3,4}, не упоминается и никак не предупреждается в документах, регламентирующих работу комиссии по подготовке перечня ЖНВЛП ■

Отсутствие ограничений, распространяющихся на членов комиссии, позволяет им быть лично заинтересованными во включении в перечень тех или иных препаратов.

Взаимосвязь перечня ЖНВЛС и стандартов медицинской помощи в различное время трактовалась по-разному: в одних случаях утверждалось, что в стан-

¹ <http://www.minzdravsoц.ru/docs/government/32>.

² <http://www.rspor.ru/index.php?mod1=formular&mod2=db1&mod3=db2>.

³ Hensley S., Martinez B. (2005). New treatment: To sell their drugs, companies increasingly rely on doctors. For \$750 and up, physicians tell peers about products // Wall Street Journal (New York), 15 July, 2005:A1.

⁴ Spurgeon D. (2007). New York Times reveals payments to doctors by drug firms // British Medical Journal, 334: 655.

В УСЛОВИЯХ ДЕФИЦИТНОГО ФИНАНСИРОВАНИЯ НЕОБХОДИМО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ПЕРЕЧЕНЬ ЖНВЛП ПО ЕГО ПРЯМОМУ НАЗНАЧЕНИЮ – ДЛЯ УДОВЛЕТВОРЕНИЯ ПРИОРИТЕТНЫХ ПОТРЕБНОСТЕЙ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ.

дарты включены препараты из перечня ЖНВЛС, в других – что перечень формируется из препаратов, указанных в стандартах¹. Согласно приказу Минздравсоцразвития России от 27.05.2009 № 276н “перечень формируется... с учетом... утвержденных и формируемых Министерством стандартов оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций для врачей, включая международные...”. Иными словами, перечень и стандарты не обязательно должны соответствовать друг другу.

В то же время формулировка ст. 80 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ – «Обеспечение граждан лекарственными препаратами для медицинского применения, включенными в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов в соответствии с Федеральным законом от 12.04.2010 № 61-ФЗ “Об обращении лекарственных средств”, и медицинскими изделиями, которые предусмотрены стандартами медицинской помощи» – допускает двоякое толкование, в том числе такое: “препаратами... включенными в перечень... которые предусмотрены стандартами медицинской помощи”.

В качестве критериев для включения лекарств в перечень (и исключения из него) Минздравсоцразвития России установлены:

1. Научно обоснованные данные об эффективности и безопасности препарата при определенном заболевании, синдроме или клинической ситуации.

2. Научно обоснованные данные о терапевтической эквивалентности препарата со схожими механизмами фармакологического действия.

3. Научно обоснованные данные о необходимости и обоснованности применения конкретного препарата для диагностики, профилактики или лечения определенных патологий, в том числе преобладающих в структуре заболеваемости граждан РФ, характеризующихся высокими показателями смертности, и требующих значительных финансовых затрат в соответствующих условиях оказания медицинской помощи гражданам РФ.

4. Целесообразность наличия в перечне препарата аналогичного действия и области медицинского применения, наличие научно обоснованной информации о преимуществах и/или особенностях данных ЛС.

5. Результаты фармакоэкономических исследований лекарственных средств в пределах одной фармакотерапевтической группы, включая экономическую оценку эффективности применения по критерию “затраты – эффективность”.

6. Востребованность (социальная значимость) конкретного препарата практическим здравоохранением и населением.

7. Наличие лекарственного препарата в утвержденных в установленном порядке стандартах медицинской помощи, протоколах ведения больных, клинических рекомендациях для врачей, включая международные.

Анализируя эти критерии и утвержденные перечни ЖНВЛП, можно сделать два вывода: во-первых, критерии выбраны крайне неудачно, а во-вторых – они не соблюдаются.

Не существует понятия “научно обоснованные данные” (на основе данных доказательных исследований могут быть приняты научно обоснованные решения). Можно было бы предполагать, что имеются в виду исследования, убедительные

¹ Президент связал лекарства и стандарты воедино // Газета “Коммерсантъ”, № 69 (4610), 20.04.2011.

с точки зрения критического научного подхода (доказательная медицина, evidence based medicine). Тогда в отношении каждой позиции должны быть данные, полученные в рандомизированных контролируемых двойных слепых международных многоцентровых испытаниях, демонстрирующие влияние лекарства на клинически важные исходы.

Важно ➤ Сегодня в перечне ЖНВЛП есть препараты, в отношении эффективности которых данные доказательных исследований отсутствуют ■

Возможность включения в перечень лекарств, необходимых для лечения по сути любых “определенных” заболеваний (лишь “в том числе преобладающих в структуре заболеваемости...”) делает этот критерий неконкретным и бессмысленным.

Декларация использования экономических оценок при принятии решений содержит два явных ограничения:

- сравнение в пределах одной фармакотерапевтической группы;
- использование только самого простого метода анализа – “затраты – эффективность”.

Критерий “востребованность” демонстрирует только успешность продаж лекарства и не является синонимом “социальной значимости”. Социально значимым может считаться лекарство, которое необходимо для решения наиболее важных для общества задач.

В пояснительной записке к проекту распоряжения Правительства РФ об утверждении перечня ЖНВЛП на 2012 г. особое внимание уделяется тому факту, что из 567 позиций 93 наименования (16,4%) производится только отечественными производителями, 207 – только зарубежными производителями, 267 (47,1%) – как российскими, так и иностранными фармацевтическими пред-

приятиями. Однако можно ли считать плюсом включение в перечень препаратов, производимых только в России и не применяемых больше нигде в мире?

Итак, российский перечень значительно обширнее перечня ВОЗ, содержащего только 359 лекарств, и сильно отличается от него по структуре. Это расширение происходит не только вследствие добавления “русских лекарств”, но и из-за увеличения числа препаратов, включаемых в каждую из групп. Например, в перечне ВОЗ содержатся противоязвенные препараты омепразол и ранитидин, а в российском – еще и фамотидин, эзомепразол и висмута трикалия дицитрат. Расширяя российский перечень до “всего возможного”, составители включают в него и парамагнитные, и радиофармацевтические средства. Радикально искажаются принципы рациональной ограниченности, применяемые в Концепции основных лекарств ВОЗ.

Такое же явление встречаем при анализе стандартов медицинской помощи. Например, в стандарте медицинской помощи больным со злокачественным новообразованием молочной железы (утв. приказом Минздравсоцразвития России от 09.10.2006 № 700) предусматривается лечение бевацизумабом (частота назначения 0,8), трастузумабом (частота назначения 0,3) или их комбинацией. В то же время согласно международным рекомендациям трастузумаб рекомендуется только при метастатическом HER-2 положительном раке, а бевацизумаб вообще не показан при раке молочной железы. Прямые затраты на такое лечение одного случая достигают 100 тыс. долл. за год (расходы только на эти два препарата составят порядка 2 млрд долл. в год).

Иными словами, в стандарты медицинской помощи и в перечень ЖНВЛП вносят дорогостоящие препараты с ограниченной эффективностью. А ведь сегод-

Обсудите на сайте
WWW.ZDRAV.RU

ня именно по экономическим причинам большинство онкологических больных не получают даже полноценной базовой (цитотоксической, гормональной) терапии и адекватного обезболивания. Из этого следует, что стандарты и перечень ЖНВЛП не могут служить основанием для рациональной фармакотерапии и закупок лекарств.

Списки, подобные модельному перечню ОЛ ВОЗ, принято называть ограничительными, или “позитивными”. Это удобный и простой инструмент для ограничения расходов и управления при упрощенной структуре закупок и распределения товаров и услуг. Однако у позитивного перечня в российском варианте имеется существенный недостаток: недостаточная детализация. Например, нет указаний на то, по какому показанию лекарство признано основным.

Так, не вызывает сомнений необходимость наличия в перечне противогрибкового препарата, но предоставление такого препарата в рамках программы государственных гарантий для лечения онихомикоза может привести к необоснованно большим затратам.

Важно ➤ Перечень основных лекарств не может быть единственным механизмом регулирования использования лекарств ■

Еще более сомнительно выглядело использование перечня ЖНВЛП для дополнительного лекарственного обеспечения (ДЛО) граждан, имеющих право на получение социальной помощи. Несмотря на то что недостаток финансовых средств для выполнения этой задачи был заранее очевиден, попыток сократить перечень лекарств для ДЛО (т. е. привести обязательства в соответствие с возможностями) сделано не было.

После преобразования программы ДЛО в программу необходимого лекар-

ственного обеспечения в Минздравсоцразвития России была сделана попытка с помощью перечня ЖНВЛП ограничить закупки больниц и обеспечение льготников бесплатными лекарствами при амбулаторном лечении. Федеральная антимонопольная служба России посчитала это ограничением конкуренции, и в 2011 г. приказ был отменен¹.

Новый Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” вновь придает перечню ЖНВЛП ограничительный характер, допуская, однако, “назначение и применение по медицинским показаниям лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, – в случаях их замены из-за индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям”.

Таким образом, Правительством РФ было определено несколько приоритетных задач в области лекарственного обеспечения населения: стимулирование производства и потребления отечественных препаратов, контроль над ценами на лекарства, стандартизация медицинской помощи.

В Минздравсоцразвития России были предприняты попытки решить все эти задачи с помощью ограничительного перечня ЖНВЛП. Однако ограничение этим перечнем закупок лекарств для целей программы государственных гарантий вошло в противоречие с действующим законодательством РФ и было отменено.

Важно ➤ В итоге оказалось, что созданный перечень ЖНВЛП не позволяет решить никаких задач кроме задачи контроля над ценами ■

Закупки медицинскими организациями лекарственных препаратов из переч-


¹ http://www.fas.gov.ru/fas-in-press/fas-in-press_32275.html

ня ЖВНЛП могут обеспечить некоторую экономию финансовых средств, однако медицинские организации не обязаны закупать все лекарства, входящие в перечень ЖВНЛП, или закупать только эти лекарства.

Для того чтобы проводить политику рационального расходования финансовых средств, неизбежно придется создавать собственные перечни (формуляры) лекарственных препаратов, которые следует приобрести. К сожалению, для ЛПУ эта за-

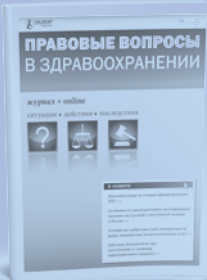
дача достаточно сложна. Можно предположить, что в большинстве случаев будет выбран наиболее простой, но наименее эффективный путь – закупки препаратов преимущественно в рамках перечня ЖВНЛП с учетом имеющихся финансовых ресурсов и личных предпочтений.

Считаем, что сегодня крайне актуальна разработка российской концепции основных лекарств, а также основанной на ней методики составления (и корректировки) перечня ОЛ.

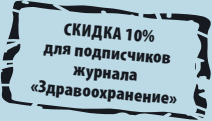


Читайте в ближайших номерах в журнале
«Правовые вопросы в здравоохранении»

- Правовые аспекты организации дезинфекционной деятельности.
- Проведение конкурса на право заключения договора страхования с ЛПУ.
- Взаимодействие ЛПУ с фармацевтическими фирмами.
- Новое законодательство в сфере здравоохранения.
- Процедура установления инвалидности, права инвалидов.



Выгодная подписка в редакции
по телефону: **(495) 937-9082**
или на сайте **www.shop.mcfr.ru**



КАЖДАЯ ПРОБЛЕМА БУДЕТ РЕШЕНА

Ежемесячный журнал «Бюджетный учет
и отчетность в вопросах и ответах»



3 шага на пути к решению ваших профессиональных проблем

III ШАГ – ПРИНЯТИЕ РЕШЕНИЯ

Примите грамотное решение.

Изучив опыт своих коллег и получив комментарии эксперта, вы сможете решить свои проблемы.

II ШАГ

Ознакомьтесь с комментариями эксперта.

Ведущие эксперты в области бюджетного учета дадут исчерпывающие ответы на все вопросы и разъяснят проблемные ситуации.

I ШАГ

Изучите опыт коллег.

На страницы журнала поступают актуальные и интересные вопросы от ваших коллег*.

**Цена
для подписчиков
всего 2970 руб.**

Оформите подписку на 2012 год удобным для вас способом:

■ В РЕДАКЦИИ

Отдел по работе с клиентами

Тел.: (495) 937-9082
Факс: (495) 933-5262
E-mail: ap@mcfr.ru

■ НА ПОЧТЕ

Подписные индексы в каталогах:
«Роспечать» – 32218
«Почта России» – 12363
«Пресса России» – 88372

■ НА САЙТЕ

www.shop.mcfr.ru

* Вы тоже можете задать вопрос по e-mail: gospudget@mcfr.ru
или тел.: (495) 937-9080 (доб. 2615).

Особенности подготовки раздела “Охрана труда” в коллективном договоре ЛПУ

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА охрана труда, социальное партнерство, коллективный договор

С.В. Афонин,
гл. технический
инспектор труда,

Федерация профсо-
юзов Ставрополь-
ского края



Написать автору
WWW.ZDRAV.RU

ТРУДОВОЙ КОДЕКС РФ (ДАЛЕЕ – ТК РФ) УСТАНОВЛИВАЕТ, ЧТО ВЗАИМООТНОШЕНИЯ МЕЖДУ РАБОТОДАТЕЛЯМИ И РАБОТНИКАМИ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ПОСТРОЕНЫ НА ПРИНЦИПАХ СОЦИАЛЬНОГО ПАРТНЕРСТВА, НАПРАВЛЕННОГО НА СОБЛЮДЕНИЕ ИНТЕРЕСОВ СТОРОН. ПРИ ЭТОМ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ОБЕСПЕЧЕНЫ УСЛОВИЯ ТРУДА, ОТВЕЧАЮЩИЕ ТРЕБОВАНИЯМ БЕЗОПАСНОСТИ И ГИГИЕНЫ, А ВРЕД, ПРИЧИНЕННЫЙ РАБОТНИКУ В СВЯЗИ С ИСПОЛНЕНИЕМ ИМ ТРУДОВЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ, ДОЛЖЕН БЫТЬ ВОЗМЕЩЕН.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ СОЦИАЛЬНОГО ПАРТНЕРСТВА – РАВНОПРАВИЕ СТОРОН, ДОБРОВОЛЬНОСТЬ ПРИНЯТИЯ НА СЕБЯ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ, РЕАЛЬНОСТЬ ТАКИХ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ И ОБЯЗАТЕЛЬНОСТЬ ВЫПОЛНЕНИЯ КОЛЛЕКТИВНЫХ ДОГОВОРОВ И СОГЛАШЕНИЙ. СОГЛАСНО СТ. 41 ТК РФ В КОЛЛЕКТИВНЫЙ ДОГОВОР МОГУТ БЫТЬ ВКЛЮЧЕНЫ ОБЯЗАТЕЛЬСТВА ПО УЛУЧШЕНИЮ УСЛОВИЙ И ОХРАНЫ ТРУДА, А ТАКЖЕ ПО ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ РАБОТНИКОВ НА ПРОИЗВОДСТВЕ.

Согласно ст. 35 ТК РФ для подготовки проектов коллективных договоров, соглашений, их заключения, а также для организации контроля за их выполнением образуются комиссии из представителей сторон, наделенных необходимыми полномочиями.

Для подготовки проекта той части коллективного договора, которая посвящена охране труда (далее – раздел ОТ), целесообразно сформировать специальную рабочую группу. Состав такой группы должен быть утвержден решением комиссии по подготовке проекта коллективного договора.

Для проведения качественного анализа состояния охраны труда в медицинской организации рекомендуется включить в состав рабочей группы работников различных структурных подразделений ЛПУ, а также специалистов службы охраны труда.

Важно > Сотрудники, включаемые в состав рабочей группы, должны знать основы управления охраной труда ■

В разделе ОТ коллективного договора должны быть отражены:

- концепция и основные цели организации в области охраны труда;

ПРОБЛЕМОЙ ЯВЛЯЕТСЯ НЕЭФФЕКТИВНОСТЬ СФОРМИРОВАННОЙ ВО ВРЕМЕНА СССР СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ ОХРАНОЙ ТРУДА. В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ... ОНА НЕ ОБЕСПЕЧИВАЕТ РЕШЕНИЕ ОСНОВНЫХ ЗАДАЧ – СОКРАЩЕНИЕ ТРАВМАТИЗМА И ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАБОТНИКОВ, НЕ СТИМУЛИРУЕТ РАБОТОДАТЕЛЕЙ К УЛУЧШЕНИЮ УСЛОВИЙ ТРУДА, НОСИТ ЗАТРАТНЫЙ ХАРАКТЕР...

Т. Голикова, Министр здравоохранения и социального развития России

- организационная структура и основные процессы в системе охраны труда;
- порядок определения, минимизации (устранения или снижения) рисков в целях обеспечения безопасности работников в течение трудового процесса;
- обязанности, полномочия и ответственность лиц, которые определяют, оценивают и оптимизируют соответствующие риски;
- потребность в ресурсах и условия, необходимые для выполнения лицами, ответственными за обеспечение охраны труда, своих обязанностей;
- программы улучшения условий труда в организации и оздоровления работников;
- участие в работе по охране труда в организации всех работников, их представителей, комитета (комиссии) по охране труда;
- процедуры контроля за охраной труда работников.

Раздел ОТ должен содержать как минимум два подраздела – “Предмет договора” и “Обязательства сторон”.

Можно выделить следующие этапы подготовки проекта раздела ОТ:

1. Разработка календарного плана действий и форм учета выполнения мероприятий с указанием ответственных лиц (например, такая информация может быть представлена на настенных стендах и т. п.);

2. Определение методов оценки результативности мероприятий по охране труда;

3. Проведение запланированных мероприятий;

4. Организация контроля состояния охраны труда и определение возможностей для ее улучшения.

Концепцию (политику) в области охраны труда приводят в подразделе “Предмет договора” раздела ОТ. Следует определить соответствующие направления деятельности организации на весь период действия коллективного договора (согласно ст. 43 ТК РФ – не более трех лет).

Важно › Разработка концепции должна начинаться с предварительного анализа состояния охраны труда в организации.

Оценка рисков



ОТСУТВИЕ В КОЛЛЕКТИВНОМ ДОГОВОРЕ СПЕЦИАЛЬНОГО РАЗДЕЛА, ПОСВЯЩЕННОГО ОХРАНЕ ТРУДА



ПОДГОТОВКА КОЛЛЕКТИВНОГО ДОГОВОРА БЕЗ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗА СОСТОЯНИЯ ОХРАНЫ ТРУДА В УЧРЕЖДЕНИИ



ОТСУТВИЕ В КОЛЛЕКТИВНОМ ДОГОВОРЕ УКАЗАНИЯ НА ОБЯЗАННОСТИ РАБОТНИКОВ ПО БЕЗОПАСНОМУ ВЫПОЛНЕНИЮ РАБОТ

Это позволит предварительно оценить имеющиеся потребности и возможности сторон социального партнерства, а также определить основные направления деятельности ■

В процессе анализа рабочая группа определяет:

- перечень законов, подзаконных актов, стандартов, правил, программ и других нормативных документов по охране труда, которые распространяются на деятельность организации;
- опасности и риски, вытекающие из существующей (или планируемой) производственной среды и организации труда;
- меры (планируемые или предпринимаемые) в целях устранения, снижения и предупреждения рисков;
- меры по управлению охраной труда;
- возможность совместить или объединить систему управления охраной труда с другими системами управления в медицинской организации¹.

Проведение анализа может основываться на результатах аттестации рабочих мест по условиям труда (далее – АМРУТ), идентификации опасностей, оценки рисков и т. п.

Согласно ст. 209 ТК РФ профессиональный риск – это вероятность причинения вреда здоровью в результате воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов при исполнении работником обязанностей по трудовому договору или в иных случаях, установленных ТК РФ, другими федеральными законами.

Порядок оценки уровня профессионального риска устанавливается федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере труда

с учетом мнения Российской трехсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений.

Важно ➤ Управление профессиональными рисками представляет собой комплекс взаимосвязанных мероприятий, включающих в себя меры по выявлению, оценке и снижению уровней профессиональных рисков ■

Положение о системе управления профессиональными рисками утверждается федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере труда с учетом мнения Российской трехсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений.

Порядком оценки уровня профессионального риска предусматривается проведение работ по оценке условий труда и профессиональных рисков в соответствии со следующими процедурами:

- подготовка к проведению оценки профессиональных рисков на рабочих местах;
- идентификация опасностей на рабочих местах;
- оценка профессиональных рисков на рабочем месте;
- оценка соответствия идентифицированных опасностей для здоровья гигиеническим нормативам;
- оценка защищенности работников средствами индивидуальной защиты;
- определение интегральной оценки условий труда;
- определение показателя индивидуального профессионального риска работников;
- оценка уровня профессионального риска работодателя;
- организация регулярного мониторинга условий труда и профессиональных рисков работников.

¹ При отсутствии на предприятии системы управления охраной труда исходный анализ служит основой для создания такой системы.

УПРАВЛЕНИЕ ОХРАНОЙ ТРУДА – КОЛЛЕКТИВНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, И В ЭТОМ ПРОЦЕССЕ ПРИНИМАЮТ УЧАСТИЕ И РАБОТОДАТЕЛЬ, И РАБОТНИКИ, И ИХ ПРЕДСТАВИТЕЛИ.

Напомним, что комплексную оценку условий труда на рабочих местах проводят в целях выявления вредных и (или) опасных производственных факторов и для последующего планирования мероприятий по приведению условий труда в соответствие с требованиями государственных нормативных требований проводят в процессе АМРУТ.

Важно ➤ В медицинских организациях, где имеются опасные производственные объекты (например, рентгеновский аппарат, бактериологическая лаборатория и т. д.), при анализе состояния охраны труда в первую очередь следует использовать результаты АМРУТ ■

Результаты анализа состояния охраны труда оформляют документально и согласовывают с профсоюзной организацией и руководством организации. В дальнейшем эти материалы можно использовать:

- для принятия решения о внедрении или о совершенствовании системы управления охраной труда;
- для определения исходного состояния охраны труда (для последующей оценки результатов совершенствования системы управления ею);
- для разработки и согласования плана-графика выполнения соответствующих задач и работ по охране труда (соглашения по охране труда).

Концепция охраны труда в организации должна быть четко изложена. Она должна быть краткой, соответствовать специфике и характеру деятельности организации, ее размеру и структуре, масштабам рисков. Работников ЛПУ необходимо ознакомить с проектом концепции

охраны труда в организации и обсудить его с ними.

Основываясь на концепции, рабочая группа разрабатывает приоритетные цели и задачи в области охраны труда, которые должны:

- соответствовать требованиям законодательства, иных нормативных правовых актов, обязательствам организации в области охраны труда;
- соответствовать масштабу и характеру деятельности организации;
- быть направлены на непрерывное совершенствование профилактических и защитных мероприятий по охране труда работников для достижения наилучших результатов деятельности в этой области;
- быть приемлемыми и обеспеченными всеми необходимыми ресурсами.

Эти цели и задачи необходимо довести до всех ответственных функциональных структур и уровней управления организацией; при необходимости цели и задачи проверяют и корректируют.

В разделе ОТ коллективного договора требуется указать следующие принципы охраны труда:

- соответствие концепции охраны труда организации основным принципам и направлениям государственной политики в области охраны труда;
- соблюдение соответствующих законов и иных нормативных правовых актов, программ по охране труда, других требований, которые организация обязалась выполнять;
- обеспечение безопасности и охраны здоровья всех работников организации путем предупреждения несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний;
- выполнение обязательств по обсуждению с работниками и их представителями вопросов улучшения охраны труда и по привлечению работников и их представителей к активному уча-

стию в реализации мер, предусмотренных системой управления охраной труда;

- поощрение работников и их представителей за активное участие в обеспечении охраны и безопасности труда;
- внедрение системы управления охраной труда и содействие ее непрерывному совершенствованию.

Важно ➤ Согласно действующему законодательству РФ ответственность за обеспечение охраны труда в организации возлагается на работодателя ■

Усилия работодателя должны быть направлены на создание результативной системы управления охраной труда. Такая система позволит:

- определять приоритетные цели (задачи) и необходимые ресурсы для их достижения;
- организовывать работу по обеспечению безопасности труда и планировать необходимые мероприятия;
- обеспечивать работников всей необходимой информацией об опасностях, с которыми они могут столкнуться во время трудовой деятельности (если работник на своем рабочем месте может соприкоснуться с опасными веществами и материалами, то в его распоряжении должна быть информация обо всех опасных свойствах данных веществ и о мерах по безопасному обращению с ними);
- повышать мотивацию персонала к достижению единых целей по обеспечению охраны труда;
- свести к минимуму действие субъективных факторов;
- повысить ответственность за результаты деятельности со стороны руководителей всех уровней.

Обязанности работника определяются в соответствии с законодательными требованиями и должны быть перечислены

в соответствующем подразделе раздела ОТ коллективного договора.

В частности, каждый работник обязан:

- ознакомиться с предоставленной ему информацией о возможных рисках и опасностях;
- проходить обучение безопасным методам выполнения работ, инструктаж по охране труда, стажировку на рабочем месте, проверку знаний требований охраны труда;
- проходить обязательные медицинские осмотры (обследования);
- соблюдать требования охраны труда, установленные законами и иными нормативными правовыми актами, правильно применять средства индивидуальной и коллективной защиты, выполнять другие обязанности, предусмотренные действующим законодательством РФ;
- использовать безопасные методы проведения работ;
- извещать руководителя о ситуации, угрожающей жизни и здоровью людей, о каждом несчастном случае, происшедшем на производстве, или об ухудшении состояния своего здоровья;
- активно участвовать в деятельности организации по обеспечению охраны труда.

Важно ➤ Помимо обязанностей, непосредственно определенных трудовым законодательством, рекомендуется предусмотреть дополнительные обязательства работников по безопасной реализации всех производственных процессов в организации ■

Необходимо понимать, что управление охраной труда – коллективная деятельность, и в этом процессе принимают участие и работодатель, и работники, и их представители. Участие работников в управлении охраной труда должно обеспечивать:

- повышение ответственности каждого работника за результаты своей деятельности;
- увеличение заинтересованности каждого работника в успехах организации, причастность к решению общих задач;
- переход от разобщенных действий к солидарным и осознанным, к работе в коллективе, сотрудничеству и социальному партнерству;
- мотивацию всего персонала и каждого работника в отдельности к участию в постоянном улучшении деятельности организации.

Наилучшие результаты могут быть достигнуты в том случае, если обязанности и полномочия работников, связанные с безопасным выполнением всех видов работ, будут определены для всех структурных подразделений и служб и на всех организационных уровнях.

В должностных инструкциях работников следует указать "степень свободы" са-

мостоятельных действий персонала в рамках его компетенции.

Таким образом, участия работников в управлении охраной труда можно добиться:

- определив требования к необходимой компетентности работников в области охраны труда;
- информируя работников и повышая их квалификацию по всем аспектам охраны труда, связанным с их работой;
- обеспечивая осознание важности работы по охране труда;
- обеспечивая возможности для активного участия работников и их представителей в оценке эффективности системы управления охраной труда, планировании и реализации мероприятий по ее совершенствованию;
- сформировав и обеспечив эффективное функционирование комиссии ЛПУ по охране труда.

WWW.ZDRAV.RU

первый портал медицинских руководителей

Информационная рассылка портала*

- ✓ Актуальные новости отрасли
- ✓ Календарь мероприятий
- ✓ Новые нормативные документы
- ✓ Публикации ведущих медицинских журналов «Здравоохранение», «Правовые вопросы в здравоохранении», «Заместитель главного врача», «Главная медицинская сестра»

Подпишитесь на рассылку на портале www.zdrav.ru



* Периодичность рассылки 2 раза в месяц

Реклама

Влияние вредных производственных факторов на здоровье работников скорой медицинской помощи

Ключевые слова

скорая медицинская помощь, вредные производственные факторы

Е.П. Королева,
канд. мед. наук,
ст. науч. сотрудник
лаборатории
комплексных
проблем отрасле-
вой медицины
труда

ФГБУ НИИ медици-
ны труда РАМН



Написать автору
WWW.ZDRAV.RU

УСЛОВИЯ ТРУДА СОТРУДНИКОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (ДАЛЕЕ – СМП) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ, КОТОРЫЕ МОГУТ ВЫЗВАТЬ ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ПЕРЕНАПРЯЖЕНИЕ ОРГАНОВ И СИСТЕМ ОРГАНИЗМА, СПОСОБСТВОВАТЬ ВОЗНИКНОВЕНИЮ ЗАБОЛЕВАНИЙ, А ТАКЖЕ СНИЗИТЬ КАЧЕСТВО ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОБЯЗАННОСТЕЙ. К ТАКИМ ФАКТОРАМ ОТНОСЯТСЯ ВЫСОКАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНАЯ НАГРУЗКА, СМЕННЫЙ ГРАФИК РАБОТЫ, КОНТАКТ С АЛЛЕРГЕНАМИ И ИНФЕКЦИОННЫМИ АГЕНТАМИ, ШУМ, ВИБРАЦИЯ, КРИМИНОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ И Т. Д.

НАЛИЧИЕ РИСКОВ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ, СВЯЗАННЫХ С ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ, СТАЛО ПРИЧИНОЙ ПРОВЕДЕНИЯ СПЕЦИАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ. ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ – ОЦЕНИТЬ СТЕПЕНЬ НАПРЯЖЕННОСТИ, ТЯЖЕСТИ И ВРЕДНОСТИ ТРУДА, ПРОАНАЛИЗИРОВАТЬ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ МЕДРАБОТНИКОВ СМП, РАЗРАБОТАТЬ МЕРЫ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ ВРЕДА ИХ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЮ.

С целью изучения производственной нагрузки были проведены хронометражные наблюдения (189 чел.-смен) и изучены факторы, определяющие характер и трудоемкость работы медицинского персонала линейных и специализированных бригад СМП. Хронометраж рабочего времени медицинского персонала СМП проводился непрерывно в течение всей рабочей смены, продолжительность которой составляла 12, 14 или 24 ч.

Деятельность работников СМП характеризуется цикличностью: периоды высокого психоэмоционального напряжения во время обслуживания вызовов чередуются с более спокойными периодами ожидания вызова на станции. Вместе с тем период ожидания – это не время полноценного отдыха, а время “предстартовой готовности”, когда работники испытывают повышенное психоэмоциональное напряжение.

Основные количественные показатели нагрузки на медицинский персонал бригад СМП – среднее количество вызовов в смену, средняя продолжительность времени обслуживания вызова и суммарное время непосредственного обслуживания вызовов. Если сравнивать по этим параметрам бригады одного

УГРОЗА ДЛЯ ЖИЗНИ СОТРУДНИКОВ СКОРОЙ ПОМОЩИ ЕСТЬ. ОНА НЕ ПРИРАВНЕНА К РИСКАМ РАБОТЫ СОТРУДНИКОВ ПОЛИЦИИ ИЛИ МЧС, ХОТЯ НАШИ РАБОТНИКИ ТРУДЯТСЯ В ОЧЕНЬ ТЯЖЕЛЫХ УСЛОВИЯХ.

И. Большакова, гл. врач станции скорой муниципальной помощи г. Новосибирск

профиля и одной продолжительности смены, то существенных различий нет, однако при разной длительности рабочих смен различия появляются.

Важно ➤ Наибольшая средняя нагрузка фиксируется при продолжительности смены 12 или 14 ч и приходится на дневное время ■

Кроме того, были подтверждены различия по количеству вызовов и средней продолжительности обслуживания вызова между линейными и специализированными бригадами СМП: у специализированных количество вызовов было меньше, но время обслуживания вызова – больше.

Для разных типов бригад время пребывания на станции между вызовами отличалось незначительно и могло составлять от нескольких минут до часов. Этот показатель больше зависит от времени суток, дня недели, сезона года, эпидемической обстановки, порядка организации медицинской помощи в населенном пункте и т. д.

Для оценки напряженности работы медицинского персонала были изучены ка-

чественные показатели труда, определяющие трудоемкость обслуживания вызовов. В том числе оценивались значимость и частота встречаемости факторов, влияющих на физическую и нервно-эмоциональную нагрузку на медработников (например, тяжесть состояния больного, условия оказания медицинской помощи, угроза жизни медработника и т. д.).

Выяснилось, что линейные бригады чаще выезжают для оказания помощи пациентам, находящимся в состоянии средней тяжести и в удовлетворительном (от 63 до 90%), а специализированные бригады – для оказания помощи находящимся в состоянии средней тяжести и тяжелом (от 66 до 87%).

Субъективная оценка производственных факторов самими медицинскими работниками такова: в первую очередь отмечалась физическая тяжесть работы, во вторую – высокая трудоемкость, связанная с условиями работы на улице и в движущейся машине и с тяжелым состоянием больного. Довольно много работников СМП указывают на необходимость оказывать помощь лицам, находящимся в не-

Оценка рисков



ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, СВЯЗАННЫЙ С ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ



МНОГООБРАЗИЕ ФАКТОРОВ, НЕБЛАГОПРИЯТНО ВЛИЯЮЩИХ НА ЗДОРОВЬЕ РАБОТНИКОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ



НЕДОСТАТОЧНОЕ ВНИМАНИЕ, УДЕЛЯЕМОЕ РУКОВОДИТЕЛЯМИ ЛПУ МЕРАМ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ТРАВМАТИЗМА РАБОТНИКОВ

трезвом состоянии, и на наличие опасности для собственной жизни.

Важно » Работники отмечают как традиционные причины опасности (опасность автомобильной катастрофы, инфекционного заражения, неадекватного агрессивного поведения пациентов и их родственников), так и вероятность нападения, ограбления, избиения и т. д. ■

Среди других негативных факторов работники часто называли плохое состояние дорог (что в том числе затрудняет оказание помощи с салоне автомобиля), недостаточное уличное освещение, неработающие лифты, в сельской местности – опасность бродячих собак.

Одно из рабочих мест медицинского персонала бригад СМП – салон санитарного автомобиля. В большинстве случаев отмечается его неэргономичность: габариты салона и размещение оборудования затрудняют доступ к больному со всех сторон, вынуждают выполнять лечебные процедуры в неудобной позе; это усугубляется неустойчивостью позы при движении автомобиля. Как следствие – повышается физическая тяжесть труда (из-за наличия статического компонента) и психоэмоциональная напряженность, связанная с затруднением выполнения профессиональных функций и риском неблагоприятных последствий для больного.

Кроме того, к числу ведущих вредных производственных факторов, действующих при работе в санитарном автомобиле, относятся неблагоприятный температурный режим (высокая температура воздуха летом и низкая – зимой), низкая влажность, загрязненность воздуха выхлопными газами, повышенные уровни шума и вибрации.

Так, измерения параметров микроклимата на рабочих местах летом показали, что при наружной температуре воздуха 20–27 °С воздух в салоне нагревался до

29–38 °С (в кабине она была несколько ниже за счет открытых окон), а относительная влажность воздуха составляла 22–29% (при норме 40–60%).

Газохроматографические исследования воздуха кабин и салонов санитарных автомобилей показали, что концентрации оксида углерода (СО) превышали предельно допустимые значения для атмосферного воздуха (хотя и не выходили за пределы величин, допустимых для воздуха рабочей зоны промышленных предприятий). Высокая концентрация выхлопных газов в салоне автомобиля может создаваться вследствие его недостаточной изоляции и отсутствия эффективных средств воздухоочистки.

Определение уровней звукового давления в салонах и кабинах санитарных автомобилей показало, что уровень шума в санитарных автомобилях превышает предельно допустимые значения на всех частотах (на 15 дБА в салонах и на 18 дБА – в кабинах; в качестве нормативных использовались показатели, регламентирующие шум на рабочих местах водителей легковых автомобилей).

Освещенность в салоне автомобиля в зоне оказания медицинской помощи составляла 190–200 лк, что соответствует требованиям норм, а внутри кабины (на уровне приборного щитка) – не менее 10 лк (что также соответствует действующим нормативам).

Санитарно-техническое и санитарно-гигиеническое состояние некоторых станций СМП было неудовлетворительным; часть станций не была обеспечена всеми необходимыми санитарно-бытовыми помещениями (туалеты, гардеробные, душевые, комнаты гигиены женщин). На некоторых станциях были отмечены нарушения санитарно-противоэпидемического режима; не проводилась своевременная дезинфекция автотранспорта (кроме инфекционных больниц).

Часто на станциях СМП нет гаража или его емкость не позволяет разместить весь автотранспорт. Постоянное нахождение автомобилей на улице неблагоприятно сказывается на микроклимате в салоне.

Важно ➤ Специфика деятельности и условий труда влияет на демографические характеристики персонала СМП, на показатели текучести кадров, степень укомплектованности штатных расписаний, на субъективные оценки и объективные данные, касающиеся состояния здоровья работников ■

Так, отмечается малое количество работников в возрасте старше 50 лет (доля врачей-мужчин в возрасте 50–54 лет составляла 2–8%, старше 60 лет – практически не было, врачей-женщин старше 55 лет – 1–9%). При этом укомплектованность медицинскими кадрами на некоторых станциях СМП составляет 54,5%. По данным анкетирования, совместительство среди врачей-мужчин отмечено в 86–93% случаев, у врачей-женщин – в 42–46%. От 67 до 100% фельдшеров-мужчин и от 48 до 74% фельдшеров-женщин работают на 1,5 ставки. Выражена текучесть кадров.

По мнению большинства врачей (72%) и фельдшеров (62%), их труд может быть расценен как “тяжелый” и “очень тяжелый”. Условия труда расцениваются большинством персонала как “неудовлетворительные” (врачи – 64%, фельдшеры – 63%).

Условия и характер труда приводят к развитию выраженного утомления, которое у 61% врачей проявляется после 12 ч работы. Жалобы, предъявляемые большей частью опрошенного медицинского персонала (86%), – повышенная утомляемость, снижение работоспособности, снижение внимания, раздражительность, головная боль, утомление глаз, общая

ПРИ СУЩЕСТВУЮЩИХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ РИСКАХ ТРЕБУЕТСЯ ПРИНЯТЬ АДЕКВАТНЫЕ МЕРЫ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ ПРИЧИНЕНИЯ ВРЕДА ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЮ СОТРУДНИКОВ СТАНЦИЙ СМП, А ТАКЖЕ МЕРЫ ПО ИХ СОЦИАЛЬНОЙ И ПРАВОВОЙ ЗАЩИТЕ.

слабость. Причинами плохого самочувствия медработники считают перегрузки в работе, нерациональный режим работы, нехватку медицинского персонала и качественного оборудования, физические нагрузки.

В течение рабочей смены проводились исследования показателей психоэмоционального состояния (с использованием прибора – Активациометра АЦ-5) и функционального состояния сердечно-сосудистой системы (мониторинг артериального давления и пульса). Затем с учетом пола, возраста и конституции определяли интегральный показатель биологического возраста и профессионального здоровья (индекс физического состояния).

Результаты проведенных исследований показали, что уже в начале рабочей смены психоэмоциональное состояние значительного числа работников бригад СМП характеризуется значениями, выходящими за пределы нормального возрастного диапазона (преимущественно в сторону сильного и очень сильного напряжения). В течение работы количество лиц, у которых психоэмоциональное напряжение отклоняется от диапазона нормальных для данного возраста значений, увеличивалось.

Динамическая пульсометрия, проводимая на протяжении рабочей смены, позволила установить тенденцию к снижению частоты сердечных сокращений у врачей, тенденцию к повышению – у фельдшеров СМП. Уровень систолического артериального давления (АД) на протяжении рабочей смены снижается (больше всего у врачей-женщин), а изменения

диастолического АД носили разнонаправленный характер. У части обследованных лиц АД имело значения, выходящие за пределы диапазона нормальных значений.

Количественный метод определения интегральных показателей биологического возраста и профессионального здоровья, использованный в исследовании, позволил судить о неудовлетворительном физическом состоянии многих обследованных работников. Так, 51% врачей-мужчин, 40% врачей-женщин, 34% фельдшеров-женщин и 20% фельдшеров-мужчин имеют общую физическую работоспособность ниже средней или низкую.

Направленность и величина сдвигов функциональных показателей сердечно-сосудистой системы, характер изменений психоэмоционального состояния во время работы, уровень физической работоспособности персонала линейных бригад СМП свидетельствуют о выраженном неблагоприятном влиянии трудовой нагрузки и режима работы на организм значительного числа обследованных, особенно врачей.

Важно ➤ Выраженное напряжение (сильное и очень сильное) психоэмоционального состояния в сочетании с повышенным уровнем артериального давления и пониженной физической работоспособностью – это проявления воздействия факторов риска, которые могут быть причиной нарушений здоровья и возникновения болезней, связанных с работой ■

Из анамнестических данных следует, что только 15% врачей-мужчин и 6% врачей-женщин, 42% фельдшеров-мужчин и 6% фельдшеров-женщин считают себя здоровыми.

В структуре хронических заболеваний на первый план выходят остеохондроз, нейроциркуляторная дистония, гипертоническая болезнь. В отдельных группах

обследованных отмечено широкое распространение и других заболеваний: аллергических, болезней печени, мочевыделительной системы, желудочно-кишечного тракта; выявлялись случаи вирусного гепатита.

Был проведен углубленный анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности персонала СМП за трехлетний период (1846 врачей и фельдшеров, работающих на подстанциях СМП г. Москвы). Были также проанализированы данные о половозрастном составе и стаже работы (в отношении постоянного состава медперсонала СМП).

При определении состава и численности контингента для исследования мы руководствовались необходимостью представительства в статистической выборке персонала подстанций СМП, обслуживающих как “спальные”, так и “промышленные” районы г. Москвы.

Был сделан вывод о том, что частота и продолжительность случаев заболеваний с временной утратой трудоспособности медперсонала СМП выше, чем у работников здравоохранения г. Москвы в целом. Так, заболевания с временной нетрудоспособностью встречались чаще: болезни костно-мышечной системы – в 1,5 раза, гастрит и дуоденит – в 2,8 раза, психические расстройства – в 2,8 раза, осложнения беременности и послеродового периода – в 1,3 раза, травмы и отравления на производстве – в 3,6 раза. Обращает на себя внимание определенный и весьма небольшой перечень диагнозов, которыми представлена группа “Психические расстройства и расстройства поведения”: травматическая энцефалопатия и неврозы. Частота этой патологии как среди врачей, так и среди среднего медицинского персонала значительно выше аналогичных показателей работников здравоохранения г. Москвы в целом.

Сравнительный анализ состояния здоровья врачей и среднего медперсонала

линейных бригад скорой помощи показал более высокую заболеваемость врачей (как в целом, так и по отдельным нозологическим формам). Например, среди врачей гипертоническая болезнь и ишемическая болезнь сердца регистрируются в 2,6 раза чаще, болезни костно-мышечной системы – в 3,2 раза, грипп – в 1,4 раза.

Особого внимания заслуживает большая частота осложнений беременности и послеродового периода как среди врачей, так и среди фельдшеров СМП. В 74% случаев временная нетрудоспособность по этой группе заболеваний была связана с угрозой выкидыша (что актуально как для врачей, так и для фельдшеров, выполняющих свои обязанности в условиях нервно-эмоционального напряжения, воздействия транспортной вибрации). Обращает на себя внимание частота аборт (в 2,0 раза выше) среди медперсонала в сравнении с аналогичными показателями среди работников здравоохранения в целом. При этом 30% всех абортов были самопроизвольными.

Важно ➤ В структуре заболеваемости с временной утратой трудоспособности значительный удельный вес занимают болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, которые в основном были представлены люмбаго, радикулитами, остеохондрозом и костно-мышечными деформациями. Эти заболевания могут быть обусловлены неудобной вынужденной позой при работе в машине скорой помощи, физическими перегрузками при транспортировке больных, воздействием транспортной вибрации ■

Отмечается также более длительное течение этих заболеваний (по числу календарных дней на 100 работающих среди медперсонала СМП – в 1,3 раза дол-

ше, чем среди работников здравоохранения в целом). Особенно длительное течение заболеваний отмечается среди врачей.

Одной из причин большой распространенности гастритов и дуоденитов может быть нарушение режима питания медперсонала станций СМП.

Представляет интерес и анализ доли прочих болезней в структуре временной нетрудоспособности медперсонала. Так, в 21% случаев временная нетрудоспособность была вызвана инфекционными и паразитарными заболеваниями. При этом перечень диагнозов был весьма обширен (корь, скарлатина, ветрянка, гепатит, краснуха, опоясывающий лишай, дизентерия и т. д.); многие из этих заболеваний не являются типичными для обследованных возрастных групп и связаны с особенностями работы (оказанием скорой медицинской помощи инфекционным больным). Также обращает на себя внимание наличие большого числа аллергических заболеваний, повлекших временную утрату трудоспособности.

Проведенный анализ состояния здоровья персонала СМП позволяет утверждать, что значительное влияние на структуру и частоту заболеваний оказывают профессиональные факторы. Многие выявленные среди медперсонала болезни можно расценивать как производственно обусловленные; в их этиологии ведущая роль принадлежит таким факторам, как повышенное психоэмоциональное напряжение, статические и физические нагрузки, неблагоприятный микроклимат на рабочем месте, транспортная вибрация и т. д. В структуре заболеваемости с временной утратой трудоспособности значительна доля болезней, связанных с контактом с инфекционными больными.

Результаты проведенных исследований условий и характера труда, а также данные о заболеваемости персонала бригад СМП выявили необходимость совер-

шенствовать условия и организацию труда, меры по сохранению здоровья медицинского персонала СМП.

Важно ➤ К числу первостепенных мер, направленных на улучшение условий выполнения персоналом СМП своих профессиональных обязанностей, следует отнести улучшение материально-технического оснащения службы СМП ■

Первоочередная мера – приобретение современных санитарных автомобилей, обеспечивающих должные санитарно-гигиенические условия и приспособленных для максимально эффективного оказания медицинской помощи.

Конструкция автомобиля, системы вентиляции (кондиционирования) и отопления должны обеспечивать оптимальные параметры микроклимата (температура воздуха в теплый период года в салоне и кабине не должна превышать 22–25 °С и опускаться ниже 20–23 °С, относительная влажность воздуха – на уровне 60–40%).

Проблема снижения концентраций токсичных веществ (газов) в кабинах и салонах санитарных автомобилей должна решаться как путем приобретения соответствующих моделей автомобилей, так и поддержанием их в нормальном техническом состоянии. Необходимо принимать специальные меры по снижению уровня шума в салоне.

Обеспечение приемлемого уровня вибрации на рабочих местах зависит не только от качества дорожного покрытия, но и от скорости движения и конструктивных особенностей сиденья и ходовой части автомобиля.

Для обеспечения удобства и качества выполнения действий при оказании медицинской помощи в большей степени должны учитываться требования эргономики (в том числе – к расположению приборов и оборудования).

Нельзя достичь оптимальных параметров микроклимата в салоне, если в период между выездами автомобиля находятся на уличных стоянках. Следует оборудовать теплые гаражи, которые могут быть предназначены не только для стоянки автомобилей, но и для их технического обслуживания, мелкого ремонта, мойки и т.д.

Важную роль в создании нормальных условий труда играет современное и исправное медицинское оборудование. При выборе конкретных моделей стоит обращать внимание не только на технические характеристики и надежность оборудования, но и на его эргономичность, размеры, вес.

Требуется обеспечить выездные бригады спецодеждой, перчатками и другими средствами индивидуальной защиты в достаточном количестве. Стирка спецодежды должна осуществляться централизованно.

Помещения подстанций должны соответствовать нормативным санитарно-гигиеническим требованиям; в них необходимо создать условия для работы и отдыха персонала в межвыездное время; они должны быть оборудованы душевыми.

На абсолютном большинстве исследованных подстанций была установлена 24-часовая продолжительность рабочей смены; не были упорядочены периоды работы и отдыха. Следствие такого режима работы – жалобы на утомление, снижение работоспособности и нарушение сна у 84–89% опрошенных.

Несмотря на то, что в силу различных причин такой режим работы устраивает от 80 до 100% персонала СМП (по данным анкетирования), он не может быть признан физиологически рациональным. Следует принимать меры по оптимизации режима труда, в частности – предусматривать фиксированное время приема пищи, время для внутрисменно-

го отдыха (хотя реализация этих мер связана с определенными сложностями). При разработке месячных графиков работы необходимо строго соблюдать нормируемую продолжительность межсменных перерывов, не допуская их сокращения до 12 ч.

Важно ➤ Двадцатичетырехчасовое пребывание на подстанции требует организации горячего питания работников. По возможности рекомендуется организовать работу столовой или буфета ■

Из-за высокого уровня заболеваемости персонала бригад СМП следует принимать меры по организации и совершенствованию предварительных и периодических медицинских осмотров (в соответствии с действующим законодательством). Беременные женщины должны отстраняться от работы на выездах в сроки, установленные директивными документами.

Со стороны администрации станций СМП должен осуществляться регулярный контроль за санитарным состоянием помещений подстанций и салонов автомобилей, за соблюдением медицинским персоналом правил профилактики инфекционных заболеваний (в том числе вирусных гепатитов и ВИЧ-инфекции). Необходима вакцинация медперсонала против гепатита В.

Высокая степень нервно-эмоционального напряжения в труде персонала выездных бригад СМП в значительной мере обусловлена личным риском и ответ-

ственностью за жизнь других людей в связи с возможностью дорожно-транспортных происшествий (ДТП). Согласно статистическим данным, ДТП являются основным видом несчастных случаев в системе здравоохранения, приводящих к тяжелым или смертельным исходам (в результате ДТП погибает от 50 до 69,7% от общего количества травмированных работников здравоохранения). Наряду с высокой вероятностью травмирования из-за использования автотранспорта персонал бригад СМП подвергается риску для жизни и здоровья в связи с неблагоприятной криминогенной обстановкой.

Важно ➤ Наличие указанных факторов профессионального риска предполагает необходимость обязательного страхования медицинских работников станций СМП на случай причинения вреда их здоровью или смерти при выполнении профессиональных обязанностей ■

Таким образом, в результате проведенного исследования было доказано, что персонал СМП подвергается воздействию комплекса вредных и опасных производственных факторов; трудовой процесс характеризуется высокой степенью тяжести, значительной интеллектуальной и психологической нагрузкой. Требуется принять адекватные меры по предупреждению причинения вреда жизни и здоровью сотрудников станций СМП, а также меры по их социальной и правовой защите.

Досрочное назначение трудовой пенсии по старости

И.С. Цветкова,

Пенсионный фонд
Российской Федерации



Написать автору
WWW.ZDRAV.RU

В публикации использованы следующие сокращенные названия:

- НК РФ: Налоговый кодекс Российской Федерации;
- ТК РФ: Трудовой кодекс Российской Федерации;
- ГК РФ: Гражданский кодекс Российской Федерации;
- Закон № 173-ФЗ: Федеральный закон от 17.12.2001 № 173-ФЗ “О трудовых пенсиях в Российской Федерации”;
- Закон № 212-ФЗ: Федеральный закон от 24.07.2009 № 212-ФЗ “О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования”;
- постановление № 781: постановление Правительства Российской Федерации от 29.10.2002 № 781 «О списках работ, профессий, должностей, специальностей и учреждений, с учетом которых досрочно назначается трудовая пенсия по старости в соответствии со ст. 27 Федерального закона “О трудовых пенсиях в Российской Федерации”, и об утверждении правил исчисления периодов работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости в соответствии со ст. 27 Федерального закона “О трудовых пенсиях в Российской Федерации”»;
- Список: Список должностей и учреждений, работа в которых засчитывается в стаж работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости лицам, осуществлявшим лечебную и иную деятельность по охране здоровья населения в учреждениях здравоохранения, в соответствии с подп. 20 п. 1 ст. 27 Федерального закона “О трудовых пенсиях в Российской Федерации” (утв. постановлением № 781);
- Правила: Правила исчисления периодов работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости лицам, осуществлявшим лечебную и иную деятельность по охране здоровья населения в учреждениях здравоохранения, в соответствии с подп. 20 п. 1 ст. 27 Федерального закона “О трудовых пенсиях в Российской Федерации” (утв. постановлением № 781);
- Перечень: Перечень структурных подразделений учреждений здравоохранения и должностей врачей и среднего медицинского персонала, работа в которых в течение года засчитывается в стаж работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости, как год и шесть месяцев (утв. постановлением № 781).

? Моя трудовая деятельность протекала в офтальмологическом микрохирургическом отделении государственного учреждения здравоохранения “Клиническая больница” в должности медицинской сестры. Офтальмологическое микрохирургическое отделение было создано в соответствии с приказом Главного управления здравоохранения и осуществляло функции амбулаторного центра. Впоследствии на базе этого отделения был организован офтальмологический микрохирургический центр, который также был отнесен к амбулаторному виду центров. По истечении нескольких лет на базе офтальмологического микрохирургического центра было создано офтальмологическое микрохирургическое отделение (лазерный центр), которое в настоящее время выполняет аналогичные функции. Могу ли я претендовать на досрочное назначение трудовой пенсии по старости в связи с осуществлением лечебной и иной деятельности по охране здоровья населения в учреждениях здравоохранения по нормам подп. 20 п. 1 ст. 27 Федерального закона от 17.12.2001 № 173-ФЗ “О трудовых пенсиях в Российской Федерации” с учетом льготного исчисления стажа на соответствующих видах работ, когда один год работы засчитывается как один год и шесть месяцев?

> Согласно Правилам льготный порядок исчисления стажа работы, когда один год работы засчитывается в стаж как один год и шесть месяцев, применяется к лицам, работавшим в структурных подразделениях учреждений здравоохранения в должностях, указанных в Перечне.

В разделе “Наименование структурных подразделений” Перечня поименованы микрохирургическое и офтальмологическое отделения, но как отделения хирургического профиля стационаров определенных учреждений здравоохранения.

В соответствии с представленными документами – Уставом клинической больницы, Положением об офтальмологическом микрохирургическом отделении, Положением об областном офтальмологическом микрохирургическом центре, Положением об организации деятельности офтальмологического микрохирургического отделения (лазерного центра) – офтальмологическое микрохирургическое отделение до 2011 г. не входило в состав стационара клинической больницы, а являлось амбулаторным подразделением.

Из других представленных документов ясно, что род деятельности офтальмологического микрохирургического отделения после его включения в состав стационара не изменился: функции, перечень проводимых микрохирургических операций, штатное расписание по должностям остались прежними. В офтальмологическом микрохирургическом отделении (лазерном центре) отсутствуют больничные койки; в его структуру, как и прежде, входят кабинет консультативного приема, кабинет лазерной хирургии, кабинет флуоресцентной ангиографии.

На основе изложенного делаем вывод: не имеется правовых оснований для исчисления периодов работы в структурных подразделениях клинической больницы – офтальмологическом микрохирургическом отделении, офтальмологическом микрохирургическом центре, офтальмологическом микрохирургическом отделении (лазерном центре) – с применением установленного Правилами льготного порядка, когда один год работы в соответствующих должностях и структурных подразделениях засчитывается как один год и шесть месяцев.

? Работала в должности медицинской сестры в детском дошкольном образовательном учреждении «Детский сад “Теремок”» в период с 1999 по 2001 г. Могу ли я претендовать на включение указанного периода в стаж работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости в связи с осуществлением лечебной и иной деятельности по охране здоровья населения в учреждениях здравоохранения по нормам подп. 20 п. 1 ст. 27 Федерального закона от 17.12.2001 № 173-ФЗ?

➤ В соответствии с Правилами в стаж работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости лицам, осуществлявшим лечебную и иную деятельность по охране здоровья населения в учреждениях здравоохранения, засчитываются периоды работы в должностях и в учреждениях, указанных в Списке.

Детские дошкольные образовательные учреждения (детские сады) не указаны в разделе “Наименование учреждений” Списка, поэтому период работы в должности медицинской сестры в детском дошкольном образовательном учреждении «Детский сад “Теремок”» с 1999 по 2001 г. не может быть включен в стаж, дающий право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости. Вместе с тем если медицинская сестра была принята на работу в лечебно-профилактическое учреждение, например в поликлинику (что должно быть отражено в трудовой книжке), получала там заработную плату, но ее рабочее место находилось в детском саду, то при представлении соответствующих документов возможен зачет соответствующих периодов деятельности в стаж, дающий право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости.

? Работала в качестве врача-стажера в сельской участковой больнице в период с 1985 по 1986 г. Будет ли этот период включен в стаж работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости в связи с осуществлением лечебной и иной деятельности по охране здоровья населения в учреждениях здравоохранения по нормам подп. 20 п. 1 ст. 27 Федерального закона от 17.12.2001 № 173-ФЗ?

➤ Периоды работы в должностях и в учреждениях, указанных в Списке, засчитываются в стаж работы в порядке, предусмотренном Правилами.

В разделе “Наименование должностей” Списка указаны врачи-специалисты всех наименований (кроме врачей-статистиков).

Должность “врач-стажер” была включена в номенклатуру врачебных должностей приказом Минздрава СССР от 29.04.1981 № 460¹. Этим же приказом было утверждено Положение о порядке направления на стажировку врачей, не работавших по своей профессии более трех лет, и о порядке их последующего допуска к врачебной деятельности. В соответствии с указанным Положением врач, не работавший по своей профессии более трех лет, должен был направляться на стажировку. На время стажировки он зачислялся в учреждение здравоохранения на должность врача-стажера, и время стажировки засчитывалось в стаж работы по специальности.

Согласно действующему в настоящее время Единому квалификационному справочнику должностей руководителей, специалистов и служащих (раздел “Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения”) (утв. приказом Минздравсоцразвития России от 23.07.2010 № 541н) в случае, когда врач-специалист имеет перерыв в работе по специальности более пяти лет либо изменяет

¹ Не применяется на территории Российской Федерации в связи с изданием приказа Минздрава России от 18.10.2002 № 317.

профиль специальности, требующей специальной подготовки и квалификации, он назначается на должность врача-стажера на период прохождения в установленном порядке профессиональной переподготовки с целью получения специальных знаний, умений и навыков, необходимых для самостоятельной работы в должности врача-специалиста, и получения сертификата по соответствующей специальности.

В этот период времени он может исполнять должностные обязанности, предусмотренные квалификационной характеристикой врача-специалиста, только под руководством врача-специалиста, имеющего сертификат специалиста по соответствующей специальности, отвечая наравне с ним за свои действия.

Должность "врач-стажер" предусмотрена Номенклатурой должностей медицинского и фармацевтического персонала и специалистов с высшим и средним профессиональным образованием учреждений здравоохранения, утвержденной приказом Минздравоохранения России от 25.07.2011 № 801н, поэтому, если в трудовой книжке имеется запись о работе в должности врача-стажера, то вопрос о включении этого периода в стаж работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости лицам, осуществлявшим лечебную и иную деятельность по охране здоровья населения в учреждениях здравоохранения, может быть решен положительно – при соблюдении прочих условий, предусмотренных Правилами.

? **В ближайшее время собираюсь оформить досрочную трудовую пенсию по старости в связи с лечебной и иной деятельностью по охране здоровья населения в учреждениях здравоохранения. В период трудовой деятельности мне предоставлялось два отпуска по уходу за детьми (1988 и 1993 гг. рождения). Будут ли включены в стаж для досрочного назначения трудовой пенсии по старости периоды отпусков по уходу за детьми?**

➤ Решая вопрос о возможности включить определенные периоды в стаж работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости лицам, осуществлявшим лечебную и иную деятельность по охране здоровья населения в учреждениях здравоохранения, следует опираться на постановление Пленума Верховного Суда РФ от 20.12.2005 № 25 "О некоторых вопросах, возникших у судов при рассмотрении дел, связанных с реализацией гражданами права на трудовые пенсии".

В этом постановлении Пленум Верховного Суда РФ в целях обеспечения правильного применения положений Закона № 173-ФЗ при разрешении споров, связанных с реализацией гражданами права на трудовые пенсии, в п. 15 дал судам разъяснение.

При разрешении споров, возникших в связи с невключением женщинам в стаж работы по специальности периода нахождения в отпуске по уходу за ребенком при досрочном назначении пенсии по старости (ст. 27 и 28 Федерального закона "О трудовых пенсиях в Российской Федерации"), необходимо исходить из следующего. Если указанный период имел место до 6 октября 1992 г. (времени вступления в силу Закона РФ от 25.09.1992 № 3543-1 "О внесении изменений и дополнений в Кодекс законов о труде РСФСР", с принятием которого названный период перестал включаться в специальный стаж работы в случае назначения пенсии на льготных условиях), то этот период подлежит включению в стаж работы по специальности независимо от времени обращения женщины за назначением пенсии и времени возникновения права на досрочное назначение пенсии по старости.

В рассматриваемом случае женщине предоставлялись отпуска по уходу за детьми 1988 и 1993 гг. рождения. Отпуск по уходу за ребенком 1988 г. рождения был предо-

ставлен до 6 октября 1992 г., следовательно, он подлежит зачету в стаж для досрочного назначения трудовой пенсии по старости лицам, осуществлявшим лечебную и иную деятельность по охране здоровья населения в учреждениях здравоохранения. Отпуск по уходу за ребенком 1993 г. рождения был предоставлен после 6 октября 1992 г., поэтому он не подлежит зачету в стаж для досрочного назначения трудовой пенсии по старости.

Вместе с тем в соответствии со ст. 11 Закона № 173-ФЗ в страховой стаж наравне с периодами работы и (или) иной деятельности, которая выполнялась на территории Российской Федерации и за эти периоды уплачивались страховые взносы в Пенсионный фонд Российской Федерации, засчитывается период ухода одного из родителей за каждым ребенком до достижения им возраста полутора лет, но не более трех лет в общей сложности.

Таким образом, периоды нахождения женщины в отпуске по уходу за детьми могут быть включены в страховой стаж для назначения трудовой пенсии по старости при достижении общеустановленного пенсионного возраста.

? **Работала до 1 ноября 1999 г. в расположенных в сельской местности фельдшерско-акушерском пункте и здравпункте лесопункта, являющихся подразделениями центральной районной больницы. Могут ли периоды этой деятельности быть зачислены с применением льготного порядка (когда один год работы засчитывается как один год и три месяца), предусмотренного постановлением Совета Министров РСФСР от 06.09.1991 № 464, для назначения досрочной трудовой пенсии по старости в соответствии с подп. 20 п. 1 ст. 27 Федерального закона от 17.12.2001 № 173-ФЗ?**

➤ В соответствии с действующим пенсионным законодательством право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости может определяться в интересах застрахованного лица и по его волеизъявлению с учетом норм, действовавших до 1 января 2001 г.

В нормативном правовом регулировании имеется отсылочная норма к постановлению Совета Министров РСФСР от 06.09.1991 № 464 (далее – постановление № 464), которое применялось за периоды до 1 ноября 1999 г. В соответствии с п. 2 постановления № 464 исчисление сроков выслуги работникам здравоохранения и санитарно-эпидемиологических учреждений, указанным в списке, утвержденном постановлением № 464, производится в льготном порядке, когда один год работы в сельской местности, поселке городского типа (рабочем проселке) считается за один год и три месяца.

Как следует из нормы п. 2 постановления № 464, юридически значимое условие в целях исчисления стажа на соответствующих видах работ (выслуги) с учетом указанного льготного порядка – факт осуществления трудовой деятельности в сельской местности, поселке городского типа (рабочем поселке) независимо от того, что трудовое соглашение было заключено работником с учреждением здравоохранения (ЦРБ), расположенным в городе.

Согласно Порядку подтверждения периодов работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости (утв. приказом Минздравсоцразвития России от 31.03.2011 № 258н), в случаях, когда необходимы данные о характере работы и других факторах (показателях), определяющих право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости, установленные для отдельных видов работ (деятельности) (например, о выполнении работ в определенном месте (местности) или в конкретном

структурном подразделении, о статусе населенного пункта и др.), для подтверждения периодов работы принимаются справки, а также иные документы, выдаваемые работодателями или соответствующими государственными (муниципальными) органами.

Справки выдаются на основании документов соответствующего периода времени, когда выполнялась работа. Из этих документов можно установить период работы в определенной профессии и должности и (или) на конкретных работах (в условиях), дающих право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости.

Для исчисления стажа, дающего право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости, в льготном порядке, предусмотренном п. 2 постановления № 464, необходимо документально подтвердить факт осуществления трудовой деятельности непосредственно в рассматриваемых фельдшерско-акушерском пункте и здравпункте лесопункта (приказ (распоряжение) по ЦРБ о зачислении в структурное подразделение ЦРБ либо о закреплении работника за определенным населенным пунктом).

? **Включается ли в стаж работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости в связи с осуществлением лечебной и иной деятельности по охране здоровья населения в соответствии с подп. 20 п. 1 ст. 27 Федерального закона от 17.12.2001 № 173-ФЗ, период прохождения службы в армии в должности фельдшера в отдельном медицинском батальоне?**

> В Правилах не содержится норма о возможности включения периодов службы в армии в стаж работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости лицам, осуществлявшим лечебную и иную деятельность по охране здоровья населения в учреждениях здравоохранения.

При этом указано, что в части, не урегулированной Правилами, применяются Правила исчисления периодов работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости в соответствии со ст. 27 и 28 Федерального закона "О трудовых пенсиях в Российской Федерации", утвержденные постановлением Правительства Российской Федерации от 11.07.2002 № 516. Этими Правилами определен исчерпывающий перечень периодов, подлежащих включению в стаж на соответствующих видах работ.

Периоды службы в армии к ним не относятся, следовательно, период прохождения военной службы в отдельном медицинском батальоне в должности фельдшера не может быть включен в стаж работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости в связи с осуществлением лечебной и иной деятельности по охране здоровья населения в соответствии с подп. 20 п. 1 ст. 27 Закона № 173-ФЗ.

В соответствии с действующим пенсионным законодательством период службы в армии может быть включен в страховой стаж при назначении трудовой пенсии по старости на общих основаниях, если ему предшествовала или за ним следовала работа.

Роль центров медицинской профилактики в укреплении здоровья школьников

Ключевые слова

центр медицинской профилактики, региональный опыт

О.Ю. Кутумова, канд. мед. наук, доцент, гл. врач КГБУЗ “Красноярский краевой Центр медицинской профилактики”,

В.В. Гребенникова, д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой фармакологии с курсами клинической фармакологии, фармацевтической технологии и курсом ПО ГОУ ВПО “Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Мин здравоохранения России”,

А.А. Шмаланд, директор МОУ СОШ № 149, г. Красноярск

КОЛЛЕГИЕЙ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В 1997 Г. БЫЛА ПРИНЯТА “КОНЦЕПЦИЯ СОХРАНЕНИЯ И УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ МЕТОДАМИ И СРЕДСТВАМИ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ОБУЧЕНИЯ И ВОСПИТАНИЯ”¹. В НЕЙ БЫЛО ОТМЕЧЕНО, ЧТО НЕОБХОДИМО ПОВЫШАТЬ ПРИОРИТЕТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО НАПРАВЛЕНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ, РАЗВИВАТЬ И СОВЕРШЕНСТВОВАТЬ ЕГО.

ОДИН ИЗ ПРЕДЛОЖЕННЫХ ПОДХОДОВ – РАЗВИТИЕ СЕТИ ЦЕНТРОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ, КОТОРЫЕ ДОЛЖНЫ ОРГАНИЗОВЫВАТЬ РАБОТУ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И КООРДИНИРОВАТЬ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ДРУГИХ ВЕДОМСТВ И ОРГАНИЗАЦИЙ ПО ВОПРОСАМ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ОБУЧЕНИЯ И ВОСПИТАНИЯ, ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ, В ТОМ ЧИСЛЕ В РАМКАХ РЕГИОНАЛЬНЫХ ЦЕЛЕВЫХ ПРОГРАММ УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ.

В 2001 г. согласно приказу Управления здравоохранения администрации Красноярского края была создана экспериментальная площадка “Центр профилактики и содействия укреплению здоровья школьников”. Автором этой инициативы был КГБУЗ “Красноярский краевой Центр медицинской профилактики”. Экспериментальная площадка стала одним из направлений работы Центра по разработке перспективных инновационных моделей оздоровления школьников и создания здоровьесберегающей образовательной среды. Для реализации целей программы требовалось отработать перспективные профилактические технологии, провести их оценку и затем внедрить в работу образовательного учреждения. При этом площадка не должна была стать “второй детской поликлиникой”.

Базой для экспериментальной площадки была выбрана одна из самых больших школ Красноярского края (1480 учащихся). Коллектив и родители были

Обсудите на сайте
WWW.ZDRAV.RU

¹ Протокол Коллегии Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.07.1997 № 11 “О проекте Концепции сохранения и укрепления здоровья населения Российской Федерации методами и средствами гигиенического обучения и воспитания”.

ГЛАВНАЯ ЗАДАЧА ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ – В ДОСТУПНОЙ И ПОНЯТНОЙ ФОРМЕ ОБЪЯСНИТЬ ШКОЛЬНИКУ, КАКИЕ У НЕГО СУЩЕСТВУЮТ НЕ СТОЛЬКО ПРОБЛЕМЫ СО ЗДОРОВЬЕМ, СКОЛЬКО ФАКТОРЫ РИСКА. ЗАДАЧА ПЕДИАТРА – ВЫЯВЛЕНИЕ БОЛЕЗНИ, А В ЦЕНТРЫ ЗДОРОВЬЯ МОГУТ ОБРАЩАТЬСЯ ДЕТИ, КОТОРЫЕ МОГУТ НЕ ИМЕТЬ ФОРМАЛЬНО НИКАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ.

С. Бойцов, гл. специалист по профилактической медицине Минздравсоцразвития России

заинтересованы в формировании принципов здорового образа жизни у учеников. Дополнительные финансовые средства не выделялись – работа проводилась в рамках текущего финансирования муниципального образовательного учреждения и краевых учреждений здравоохранения.

Эксперимент предполагал сотрудничество между представителями систем здравоохранения и образования. Научными руководителями площадки стали представители системы образования (сотрудник краевого института повышения квалификации работников образования) и системы здравоохранения (сотрудник Красноярской государственной медицинской академии, ныне университета).

Основная деятельность экспериментальной площадки осуществляется по нескольким направлениям:

- гигиеническое обучение и воспитание учащихся и педагогов при активном использовании техник само- и взаимобразования;
- профилактические акции и кампании с привлечением педагогов, а также ро-

дителей и родственников учащихся;

- мониторинг параметров физического и функционального здоровья учащихся с целью выявления среди школьников групп риска по развитию хронических заболеваний и проведения профилактических мероприятий.

На первом этапе деятельности экспериментальной площадки ведущие сотрудники Красноярского государственного медицинского университета и студенты старших курсов педиатрического факультета провели:

- оценку санитарно-гигиенического состояния школы (классные комнаты, спортзал, пищеблок и рекреации);
- анализ школьного расписания, включая оценку всех видов нагрузки на учащегося в школе;
- оценку физического развития подростков 14–16 лет;
- оценку уровня гигиенических знаний, распространенность различных поведенческих факторов риска, степень мотивации к изменению образа жизни.

Согласно результатам исследования у 83,1% школьников физическое развитие

Оценка рисков



НЕДОСТАТКИ ГИГИЕНИЧЕСКОГО НОРМИРОВАНИЯ В ШКОЛАХ: НЕРАЦИОНАЛЬНО СОСТАВЛЕННОЕ ШКОЛЬНОЕ РАСПИСАНИЕ, МАЛОЕ ЧИСЛО ЧАСОВ ДЛЯ ЗАНЯТИЙ ФИЗКУЛЬТУРОЙ, ПЛОХАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ПИТЬЕВОГО РЕЖИМА



НЕДОСТАТКИ В ОРГАНИЗАЦИИ ПИТАНИЯ УЧАЩИХСЯ



НЕДОСТАТОЧНОЕ ВНИМАНИЕ, УДЕЛЯЕМОЕ ГИГИЕНИЧЕСКОМУ ВОСПИТАНИЮ УЧАЩИХСЯ, ПЕДАГОГОВ И РОДИТЕЛЕЙ

соответствовало возрасту и полу. В организации учебно-воспитательного процесса был выявлен ряд недостатков, которые могут вызвать изменения в состоянии здоровья школьника. Среди них – избыточная наполненность классов, нарушение режима проветривания и графика влажной уборки в помещениях, у старшеклассников – перегруженность учебной программы, недостатки в организации школьного питания.

На основании полученных данных была составлена перспективная программа деятельности экспериментальной площадки. В нее были включены следующие разделы:

- организационные вопросы: реорганизация работы пищеблока, пришкольного спортивного комплекса;
- гигиеническое нормирование: рационализация школьного расписания с увеличением часов, отведенных на занятия физической культурой; организация питьевого режима школьников младших классов с установкой кулеров; ионизация воздуха в учебных помещениях;
- гигиеническое обучение и воспитание учащихся, педагогов и родителей: проведение тренингов, семинаров и консультаций, массовых тематических мероприятий.

После внедрения всех элементов программы проводился мониторинг результатов деятельности экспериментальной площадки. Рассматривались все параметры среды обитания школьников, их физического и психического здоровья. В результате появилась возможность объективно оценить эффективность проводимых мероприятий.

Основные элементы мониторинга – компьютерная оценка функциональных резервов детского организма, формирование “Паспорта физического здоровья” с индивидуальными рекомендациями на протяжении всех лет обучения ребенка,

В НАЧАЛЕ РАБОТЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ПЛОЩАДКИ У ЧАСТИ ДЕТЕЙ БЫЛИ ВЫЯВЛЕНЫ ПРОБЛЕМЫ СО ЗДОРОВЬЕМ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ОБРАЗОМ ЖИЗНИ (НАРУШЕНИЕМ ПИТАНИЯ) И ИЗМЕНЕНИЯМИ СО СТОРОНЫ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА. ОДНАКО ПРИ ПЛАНОМЕРНО ПРОВОДИМОЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ И ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЭТИХ ЯВЛЕНИЙ СТАЛА НИЖЕ, ЧЕМ В СРЕДНЕМ ПО ПОПУЛЯЦИИ ШКОЛЬНИКОВ Г. КРАСНОЯРСКА.

отбор школьников в группы ЛФК (в том числе по медицинским картам).

Проект “Паспорт физического здоровья” стал основой для внедрения новой медицинской технологии “Навигатор здоровья”. В рамках этой технологии совместно с Государственным научным центром Российской Федерации, Институтом медико-биологических проблем Российской академии наук была проведена работа по оценке соматического здоровья и функциональных резервов школьников.

Технология “Навигатор здоровья” была зарегистрирована в Росздравнадзоре в 2006 г. “Навигатор здоровья” дает возможность оценивать индивидуальный стиль жизни, проводить контроль динамики физического здоровья и функциональных резервов систем организма, выявлять факторы риска соматических заболеваний и проводить профилактические мероприятия задолго до развития болезни. Измерение индивидуальных показателей и сопоставление их с возрастными эталонами по программе “Навигатор здоровья” позволяет вносить необходимые коррективы в стиль жизни и здоровье школьников. Предусмотрена возможность проводить исследования силами не только медицинских работников, но и специалистов других профилей, например педагогов.

Анализ физического развития учащихся школы, проведенный у 1226 детей, выявил различные уровни физического и соматического здоровья: идеальное, хорошее, удовлетворительное, неудовлетворительное и низкое.

Идеальное здоровье в 1–4-х классах как у мальчиков, так и у девочек фиксировали редко независимо от возраста, что составило 1,2% от числа обследуемых школьников. Хороший уровень здоровья в младших классах преобладал у девочек – 72,6% против 46,3% у мальчиков. У подростков 5–8-х классов в период становления всех органов и систем показатели здоровья были хуже по всем уровням почти с одинаковой частотой как у мальчиков, так и у девочек.

По мере взросления детей отмечалась четкая тенденция в сторону улучшения параметров здоровья. По всей видимости, это обусловлено физиологическими процессами роста детского организма, закономерностями развития определенных структурных и функциональных систем.

Важно ➤ В процессе мониторинга было выявлено, что одной из причин улучшения параметров здоровья стало увеличение временной нагрузки учащихся при занятиях физической культурой и спортом в различных секциях школы ■

Выявленные у 14,8% учащихся школы низкие (2,2%) или неудовлетворительные (12,6%) показатели физического здоровья требовали повышенного внимания к этой группе школьников и изучения причин плохого физического здоровья. Это было положено в основу индивидуальной работы врача, учителя, родителя по сохранению и укреплению здоровья детей данной группы здоровья.

Для оценки состояния здоровья детей были привлечены сотрудники Красноярского краевого врачебно-физкультурного

диспансера, обследовавшие 1486 чел. По результатам работы были выявлены 110 детей, отнесенных по состоянию здоровья к специальной медицинской группе. Было отмечено, что 378 школьников нуждаются в проведении корректирующей гимнастики.

Медицинским работникам школы была оказана практическая помощь в комплектовании групп учащихся, отнесенных по состоянию здоровья к специальным группам. Им были предложены примерная программа физических упражнений и рекомендации по их выполнению. Было сформировано шесть групп (96 учащихся начальной, средней и старшей школы) в соответствии с занятостью школьников (в первую или во вторую смену).

Занятия были организованы по программе адаптивной физкультуры, разработанной в специализированной школе-интернате № 2 г. Красноярска. Программа разрабатывалась для улучшения состояния опорно-двигательного аппарата детей, для воспитания осознанного отношения школьников к своим силам и уверенности в них, готовности к действиям по преодолению физических нагрузок, для формирования потребности в систематических занятиях физической культурой, в ведении здорового образа жизни.

Еще одна большая проблема, связанная со здоровьем школьников, – проблема лишнего веса.

Важно ➤ Повышенная масса тела, возникающая из-за нарушения питания у детей и подростков, – актуальная проблема современного здравоохранения. В Российской Федерации ожирение имеют 5,5% детей, проживающих в сельской местности, и 8,5% детей – в городской ■

Из 1253 обследованных детей 23,1% школьников имели повышенный вес (вплоть до ожирения III степени). Излиш-

ний вес чаще отмечался у детей начальной школы в возрасте 7–10 лет и преобладал у мальчиков. Чаще чем у школьников других возрастных групп выявляется ожирение II (7,8%) и I (7,1%) степеней. При изучении взаимосвязи между повышенным весом и уровнем здоровья школьников оказалось, что среди 102 детей, имеющих низкий и неудовлетворительный уровень здоровья, избыточный вес был выявлен у 78,4%.

Для оценки питания школьников провели анкетирование, которое показало, что большинство детей питаются правильно и регулярно. При этом были выявлены дети, требовавшие повышенного внимания со стороны медицинских работников. Их питание периодически или постоянно было плохим и некачественным.

Для улучшения состояния здоровья детей, имеющих избыточную массу тела, в школе создан бар здорового питания, в котором продаются фрукты, соки, витаминизированные кисели, чай. Школьным врачом разработаны лечебные низкокалорийные блюда со снижением содержания жиров до 30% от суточной калорийности. В школе приняты дополнительные меры по обогащению продуктов питания комплексами витаминов и минеральных

веществ: младшие школьники ежедневно получают кисель на основе натуральных ягодных экстрактов. Для учащихся организовано горячее питание, услугами школьной столовой и буфета пользуются более 90% школьников.

Важно ➤ Для снижения массы тела необходимо прежде всего изменить пищевые привычки и образ жизни. В школе в течение пяти лет преподается предмет “Разговор о правильном питании” для младших и средних школьников. Это помогает изменять пищевые привычки и формировать здоровое питание ■

Экспериментальная площадка министерства здравоохранения Красноярского края “Центр профилактики и содействия укреплению здоровья школьников” существует вот уже десять лет. Опыт работы, основанной на современных научных подходах, с привлечением ведущих специалистов в области сохранения и укрепления здоровья детского населения, должен быть перенесен в образовательное пространство всех учебных учреждений города и края. Специалисты министерства здравоохранения края предполагают и дальше вести эту работу совместно с органами образования.

Новые медицинские технологии в лечении и реабилитации неврологических больных

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА СОСТАВЛЯЮТ 70-80% ВСЕХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ, И НА ПЕРВОМ МЕСТЕ ПО ЧАСТОТЕ ВСТРЕЧАЕМОСТИ СТОИТ ПОРАЖЕНИЕ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА (60-80%). В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ В ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ ШИРОКО РАСПРОСТРАНЕН, А В РАЗВИТЫХ СТРАНАХ, ПО ДАННЫМ ЭКСПЕРТОВ ВОЗ, ДОСТИГ РАЗМЕРОВ ЭПИДЕМИИ, ЧТО В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ СВЯЗАНО С ВОЗРАСТАЮЩИМИ НАГРУЗКАМИ НА ЧЕЛОВЕКА.

НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ СЛЕДСТВИЕМ ОСТЕОХОНДРОЗА ЯВЛЯЮТСЯ ДОРСОПАТИИ – БОЛЕВЫЕ СИНДРОМЫ В СПИНЕ, КОТОРЫЕ ВОЗНИКАЮТ В РЕЗУЛЬТАТЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ, ДЕСТРУКТИВНЫХ, ДИСТРОФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ТКАНЯХ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА (МЫШЦЫ, ФАСЦИИ, СУХОЖИЛИЯ, СВЯЗКИ, СУСТАВЫ, ДИСКИ) С НЕРЕДКИМ ВОВЛЕЧЕНИЕМ СМЕЖНЫХ СТРУКТУР: КОРЕШКОВ, НЕРВОВ, СОСУДОВ. С УЧЕТОМ МУЛЬТИФАКТОРНОСТИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ТЕЧЕНИЯ ДОРСОПАТИИ, ОСТАЕТСЯ АКТУАЛЬНЫМ ПОИСК НОВЫХ МЕТОДИК КОМПЛЕКСНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ С ЦЕЛЬЮ ПОВЫШЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ.

В арсенале применяемых методов лечения неврологических заболеваний важное место отводится использованию низкочастотных импульсных магнитных полей, вызывающих адаптивные реакции, активизацию резервных возможностей организма и направленных на купирование болевого синдрома, коррекцию сосудистых нарушений, улучшение функционального состояния нервной системы.

Технические возможности большинства современных магнитотерапевтических аппаратов ограничены по площади максимального воздействия на все патогенетически и клинически значимые области поражения при дорсопатии. Наряду с этим, наличие у аппарата ПОЛИМАГ-01 объемных ленточных выносных индукторов позволяет обеспечивать одномоментное воздействие на большие площади тела больного (туловище, ноги), повышая эффективность применения магнитотерапии при данной нозологии.

В Российском научном центре восстановительной медицины и курортологии Росздрава проводились клинические испытания воздействия низкочастотным бегущим магнитным полем на больных с нейрососудистым синдромом при дорсопатии поясничного отдела позвоночника.

Под наблюдением находились 40 больных с клиническими проявлениями вертеброгенной люмбоишалгии с нейрососудистым синдромом, длительность заболевания от 0,5 до 8 лет, средний возраст больных 45 лет. Доминирующей жалобой, предъявляемой пациентами, была боль в поясничной области различной интенсивности и локализации. Большинство пациентов (72%) отмечали распространение боли в нижние конечности (чаще в одну), преимущественно по задне-боковой поверхности.

Все участвовавшие в исследовании пациенты были разделены на 2 группы:

I группа (20 чел.) – пациенты, получавшие воздействие от аппарата ПОЛИ-

МАГ-01 на поясничную область и нижние конечности (основная группа). Время процедуры 15 мин ежедневно, лечебный курс 10 процедур;

II группа (20 чел.) – пациенты, не получавшие воздействие аппаратом ПОЛИМАГ (контрольная группа).

В период наблюдения все пациенты получали базовое лечение, включающее лечебную гимнастику, плавание в бассейне, йодобромные ванны. Сосудистые лекарственные препараты в период наблюдения не использовались.

В результате проведенного лечения, по данным ВАШ боли (измеряемой в см), в основной группе интенсивность болевого синдрома снизилась с $4,8 \pm 1,5$ балла до $2,1 \pm 1,6$ балла, тогда как в контрольной группе до $3,5 \pm 0,5$ балла.

На фоне проводимого лечения соответственно у 48% и у 42% больных основной группы произошла положительная динамика симптомов Ласега и Мацкевича в виде уменьшения угла появления болевого синдрома.

Изучение динамики активности рефлекторной сферы выявило активизацию исходно ослабленных сухожильных рефлексов нижних конечностей в основной группе у 52% больных, в то же время появления исходно отсутствовавших рефлексов не наблюдалось.

Также в основной группе у 78% больных, предъявлявших жалобы на судороги икроножных мышц, наблюдалось значительное снижение частоты возникновения крампи. В контрольной группе уменьшение частоты и выраженности судорог икроножных мышц зафиксировано у 21% пациентов.

Реовазографические исследования показали благоприятное влияние ПОЛИМАГа на регионарную гемодинамику больных в виде улучшения формы и структуры реографических кривых, количественных показателей РВГ. Однако эти позитивные изменения в основном каса-



**Аппарат магнитотерапевтический
“Полимаг-01”**

лись пациентов с вазоспастическим типом периферического кровообращения. Отмечено повышение исходно сниженного РИ (у 57% больных с исходно сниженным РИ), что характеризует увеличение пульсового кровенаполнения нижних конечностей, также наблюдалось снижение тонуса мелких сосудов в виде снижения изначально высоких значений ДКИ (64% пациентов). У 71% больных отмечено снижение ДИ, что свидетельствует об улучшении венозного оттока.

Таким образом, курсовое воздействие магнитным полем, генерируемым аппаратом ПОЛИМАГ-01 у больных с нейрососудистым синдромом при дискогенной дорсопатии поясничного отдела позвоночника способствовало уменьшению выраженности корешкового синдрома (люмбоишиалгия, крампи, чувствительные расстройства) и улучшению показателей периферической гемодинамики (преимущественно при вазоспастическом типом периферического кровообращения).

ческом типе кровообращения нижних конечностей).

Особенности аппарата ПОЛИМАГ-01:

- предназначен для общей и локальной магнитотерапии;
- генерирует четыре вида импульсных магнитных полей;
- обладает высокой гибкостью задания параметров (частота, интенсивность, форма МП);
- предусмотрено создание новых лечебных программ, а также
- использование готовых (в аппарате заложено 8 программ);
- требуемая площадь помещения – всего 6 кв. м.;

- аппарат снабжен колесами и легко перемещается;
- дает возможности отпуска процедур двум пациентам одновременно.

Показания к применению:

хронические заболевания опорно-двигательного аппарата, нарушения мозгового кровообращения, облитерирующий эндартериит, варикозная болезнь, артериальная гипертензия, диабетическая ангио- и полинейропатия, хронический гепатит, хронический панкреатит, язвенная болезнь желудка, воспалительные заболевания женских половых органов, иммунодефицитные состояния и др.

Елатомский приборный завод – торговая марка ЕЛАМЕД

Адрес: 391351, Рязанская область,

г. Елатьма, ул. Янина, 25, Приборный завод

Тел./факс: (49131) 419-96, 416-16, 914-50, 917-76, 204-57, 438-29

admin@elamed.com www.elamed.com

Представительства:

Москва (495) 221-27-77

Рязань (4912) 29-86-99, 28-27-68; 28-92-76, 28-43-41

Томск (3822) 215-661, 522-728, 55-04-84, 55-01-06

Казахстан ТОО "Еламед-KZ" (7142) 54-59-87

Справки о наличии в регионах:

Астрахань (8512) 346-282; Барнаул (3852) 47-01-07, 24-69-79, 65-19-33; Бийск (3854) 32-92-51; Владивосток (4232) 43-99-24, 620-000, 620-002; Владимир (4922) 32-99-18;

Волгоград (8442) 46-90-18; Вологда (8172) 53-57-76; Екатеринбург (343) 383-76-09; Иваново (4932) 48-98-38; Казань (843) 278-24-24, 261-93-72, 273-15-17; (8555) 41-08-38; Кемерово: (3842) 311-489, 496-279, 544-834; Киров (8332) 71-40-11, 64-87-70, 40-40-35;

Краснодар (861) 279-10-00, 252-28-93, 267-60-61, 254-18-93; 274-34-54;

Красноярск (39175) 2-17-14; Липецк (4742) 41-22-98; Майкоп (8772) 55-52-36; Н. Новгород (831) 25-77-352, 278-01-60; Новокузнецк (3843) 991-316, 991-489, 464-952;

Новосибирск (383) 216-15-51, 336-01-23, 335-61-23; Омск (3812) 625-445, 45-05-39;

Пермь: (342) 224-33-20, 249-86-66, 249-86-80, 263-36-00, 237-17-65, 236-76-61, 280-32-77, 2700-595; Республика Дагестан (8722) 68-01-28; Ростов-на-Дону (863) 22-03-881, 255-25-17, 261-32-99; Республики Коми (8212) 20-19-64; Санкт-Петербург (812) 347-71-15; Саратов (8452) 48-90-01; Ставрополь (8652) 94-01-00, 55-16-46; Тамбов (4752) 56-05-46; Тверь (4822) 42-18-40, 36-03-67; Тула (4872) 48-92-52; Тюмень (3452) 33-63-60; 34-23-73; Ульяновск (8422) 20-56-28; Уфа (3472) 32-98-11; 28-38-00; Хабаровск (4212) 72-87-88, 72-87-87; Южно-Сахалинск (4242) 26-70-75, 25-76-93; Ярославль (4852) 72-75-56, 55-50-65.

Система PACS AGFA HEALTHCARE установлена в НИИ неотложной детской хирургии и травматологии

Необходимость установки системы архивирования и передачи изображений PACS (Picture Archiving and Communication System) стала очевидной после радикальной модернизации отделения лучевой диагностики в 2007 г. В результате оснащения новым оборудованием (цифровыми рентгеновскими аппаратами, современными компьютерными и магнитно-резонансным томографами) информационный поток в институте многократно возрос. Для эффективной работы понадобилась система хранения результатов исследований, полученных с различных диагностических аппаратов, классификации информации, ее систематизации и возможности быстрого оперативного доступа к медицинским данным. Кроме того, необходимо было обеспечить интеграцию результатов исследований с электронной историей болезни. Эти задачи позволяют решить специализированное программное обеспечение PACS.

Система была установлена в феврале 2011 г., и к настоящему времени специалистами медучреждения накоплен значительный опыт работы с ней.

С помощью системы PACS AGFA IMPAX:

- создан и пополняется архив медицинских изображений. Не теряется ни один байт диагностической визуальной информации, и вся эта информация доступна в оперативном режиме;
- имеется возможность сравнения результатов исследований пациента, выполненных в разное время с использованием различного оборудования (модальностей) – КТ, МРТ, рентген;
- имеется возможность пополнять архив путем скачивания информации с

дисков, полученных от пациентов при переводе из других медицинских учреждений: вся информация оказывается в одном архиве и доступна для просмотра;

- достигается экономия дорогостоящей рентгеновской пленки: распечатывается только информация, необходимая для выдачи на руки родителями пациентов или для консультации в других учреждениях. По данным НИИ НДХиТ, экономия пленки составила до 90% процентов при рентгеновских исследованиях и до 20% на КТ и МРТ;
- получена уникальная возможность для проведения научных исследований с привлечением всей базы изображений;
- обеспечена оперативность доступа к визуальной информации: сразу после сканирования изображения оказываются в PACS-хранилище и доступны для просмотра во всех отделениях.

“Сейчас можно с уверенностью констатировать, что значительная часть рутинной работы рентгенологического отделения и института в целом уже неразрывно связана с PACS-технологией, – говорит Алексей Петрайкин, канд. мед. наук, доцент, ведущий научный сотрудник отдела лучевых методов диагностики НИИ НДХиТ. Все изображения, включая трехмерные реконструкции, сохраняются в системе PACS и могут в любое время быть проанализированы, а результаты, полученные в разное время, могут просматриваться в режиме сравнения. Это особенно актуально для тяжелых пациентов, детей с сочетанной травмой, у которых исследования (КТ, МРТ, рентгеновские) выполняются неоднократно”.

К системе PACS подключено оборудование Philips, генерирующее изображения в формате DICOM 3.0: мобильные С-дуги, ультразвуковые сканеры, два рентгеновских аппарата с системой оцифровки данных с помощью дигитайзеров, МР-томограф с напряженностью поля 3.0 тесла, 16- и 64-срезовые спиральные компьютерные томографы. Анализ визуальной информации производится на графических станциях EWS, EBW производства Philips, а также на двух диагностических станциях с мониторами высокого разрешения AGFA IMPAX, установленных в ходе монтажа PACS-системы, и IMPAX-клиентах, имеющих на компьютерах в клинических отделениях. Также к системе подключены принтеры для печати на фотобумаге и лазерной пленке.

PACS-архив размещен на отказоустойчивых серверах в отдельном кондиционируемом помещении. Характеристики PACS-архива: объем оперативного архива на жестких дисках более 10 терабайтов; объем хранения на стримерных лентах 36 терабайтов (при условии дополнительной закупки стримерных лент – неограничен).

«С учетом объема проводимых в институте исследований (может составлять более 150 рентгеновских, более 20 МРТ- и более 40 КТ-исследований за сутки, т. е. более 15 Гб визуальной информации) данного объема оперативного архива PACS должно хватить на 2 года работы. Долговременное и резервное хранение осуществляется в роботизированной библиотеке на стримерных лентах. Информация из долговременного архива может быть получена в течение 1–3 минут с момента запроса. Интеграция по протоколу HL7 с системой расписаний (в составе МИС “Медиалог”) позволяет сократить время доступа ко всем историческим исследованиям пациента до единиц секунд, за счет заблаговременного автоматического извлечения их из долговременного архива», – поясняет Павел Захаров, кон-

сультант по системам PACS/RIS российского офиса AGFA HealthCare.

В связи с объективными факторами система PACS была установлена в медучреждении спустя три года после введения в эксплуатацию всего диагностического оборудования. Это привело к необходимости выполнения непростой процедуры “миграции” данных, т. е. переноса информации с дисковых архивов кабинетов КТ и МРТ, а также электронной базы рентгеновских снимков в единый PACS-архив.

Введение системы в строй было логичным, безболезненным и долгожданным. Монтаж оборудования проходил по плану, без срывов. На первом этапе были установлены основное программное обеспечение, PACS-клиенты на компьютерах пользователей программы IMPAX. Началось тестирование системы, обучение сотрудников отделения лучевых методов диагностики и представителей всех подразделений института, заинтересованных в просмотре результатов КТ, МРТ, рентгенографии. С этого момента вся медицинская информация автоматически начала поступать в PACS-хранилище. На втором этапе, который прошел незаметно для пользователей, была проведена переустановка PACS-системы и уже начавшего наполняться архива на новое оборудование – отказоустойчивый кластер с общим хранилищем информации SAN. В данной конфигурации оборудование работает и в настоящее время.

“На первом этапе мы столкнулись с психологическим сопротивлением со стороны сотрудников, проходивших обучение работе с системой, – вспоминает Алексей Петряйкин. – Однако затем все они без исключения выразили удовлетворение от возможности использования PACS. Интересно отметить, что наиболее продвинутыми пользователями PACS в итоге оказались классические рентгенологи, описывающие рентгенограммы.

Они лучше других освоили функции диагностических станций на базе IMPAX-клиента”.

“Наш опыт позволяет сказать, что для обучения пользованию системой PACS возраст не имеет значения, – добавляет Павел Захаров. – Значительно более существенной является психологическая поддержка коллег, в особенности тех, кто разбирается в компьютерном обеспечении. Кроме того, важен эргономический аспект организации рабочего места: при рассматривании рентгеновских снимков на негатоскопе не устают глаза, что немаловажно с учетом большого потока пациентов”.

Одной из важных составляющих PACS-проекта является продуманность и своевременность сервисной поддержки. “На первых этапах установки системы возникли технологические сложности. Мы звонили на фирму AGFA, и специалисты сразу решали проблемы. Что особенно удивило – не приезжая в наш институт, а с помощью удаленного доступа, – рассказывает Алексей Петряйкин. – Также необходимо, чтобы инженер из числа постоянных сотрудников лечебного учреждения прошел специальное обучение работе с системой. Оптимально, чтобы он обладал навыками обслуживания компьютерной техники, настройки сетевого оборудования и имел опыт эксплуатации сложной медицинской диагностической техники”.

В настоящее время усилиями инженерной группы НИИ НДХиТ при поддержке специалистов AGFA проводится планомерная работа по оптимизации применения полноценной интегрированной HIS/RIS-системы, которая позволяет автоматически создавать в листе заданий для лаборантов расписание планируемых исследований, что приводит к экономии времени специалистов и обеспечивает более четкое взаимодействие с нейрохи-

рургами, хирургами-травматологами и другими специалистами.

Кроме того, намечены следующие перспективы развития. Поскольку сотрудники различных отделений НИИ все чаще используют функцию просмотра медицинских изображений в системе PACS, необходимо увеличить количество мониторов высокого разрешения. Планируется приобретение дополнительных лицензий на увеличение числа одновременных подключений как для диагностического, так и для клинического просмотра с помощью “легких” клиентов IMPAX. Также рассматриваются возможность подключения планшетных компьютеров ряда сотрудников института к PACS через отдельный портал и загрузка на них изображений для консультирования с коллегами. Это особенно актуально в условиях реанимации, клиническом разборе пациентов у постели больного и в помещениях, не оснащенных IMPAX-клиентами. Планируется ввести технологию присоединения к истории болезни надиктованных голосовых описаний специалистов лучевой диагностики. Также в ближайшее время будет завершен процесс миграции данных, накопленных в институте до внедрения системы PACS.

“Установленная в НИИ неотложной детской хирургии и травматологии информационная PACS-система (AGFA) является необходимым звеном лечебно-диагностического процесса в условиях модернизированной современной клиники, оснащенной высокотехнологичным современным диагностическим оборудованием, – убежден Алексей Петряйкин. – Необходимо внедрение системы PACS как можно раньше, чтобы все результаты работы отделения лучевой диагностики сохранились в архиве, могли быть всегда оперативно востребованы для решения практических клинических задач и выполнения научных исследований”.

Утверждены решением
Российской трехсторонней комиссии
по регулированию социально-трудовых отношений
от 27.12.2011, протокол № 10

Единые рекомендации по установлению на федеральном, региональном и местном уровнях систем оплаты труда работников государственных и муниципальных учреждений на 2012 г. (извлечения)

I. Общие положения

1. Единые рекомендации по установлению на федеральном, региональном и местном уровнях систем оплаты труда работников государственных и муниципальных учреждений на 2012 г. разработаны Российской трехсторонней комиссией по регулированию социально-трудовых отношений в соответствии со статьей 135 Трудового кодекса Российской Федерации в целях обеспечения единых подходов к регулированию заработной платы работников организаций бюджетной сферы.
2. Настоящие рекомендации учитываются Правительством Российской Федерации, органами государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления при определении объемов финансового обеспечения государственных и муниципальных учреждений и разработке законов и иных нормативных правовых актов по оплате труда работников указанных учреждений.
3. Настоящие рекомендации учитываются трехсторонними комиссиями по регулированию социально-трудовых отношений, образованными в субъектах Российской Федерации и муниципальных образованиях, при подготовке соглашений и рекомендаций по организации оплаты труда работников государственных и муниципальных учреждений в 2012 г.

II. Принципы формирования федеральной, региональных и муниципальных систем оплаты труда

4. Системы оплаты труда работников государственных и муниципальных учреждений на федеральном, региональном и муниципальном уровнях формируются на основе следующих принципов:
 - а) верховенство Конституции Российской Федерации, федеральных законов и общепризнанных принципов и норм международного права на всей территории Российской Федерации;
 - б) недопущение снижения и (или) ухудшения размеров и условий оплаты труда работников государственных и муниципальных учреждений по срав-

нению с размерами и условиями оплаты труда, предусмотренными Трудовым кодексом Российской Федерации, федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления;

в) установление в государственных и муниципальных учреждениях систем оплаты труда коллективными договорами, соглашениями и локальными нормативными актами в соответствии с трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, содержащими нормы трудового права, включая фиксированные размеры тарифных ставок, окладов (должностных окладов), ставок заработной платы за исполнение трудовых (должностных) обязанностей за календарный месяц либо за установленные нормы труда (нормы часов педагогической работы в неделю (в год) за ставку заработной платы), а также размеры доплат и надбавок компенсационного характера, в том числе за работу в условиях, отклоняющихся от нормальных, размеры выплат стимулирующего характера;

г) обеспечение зависимости заработной платы каждого работника от его квалификации, сложности выполняемой работы, количества и качества затраченного труда без ограничения ее максимальным размером;

д) обеспечение равной оплаты за труд равной ценности при установлении размеров тарифных ставок, окладов (должностных окладов), ставок заработной платы, выплат компенсационного и стимулирующего характера, а также недопущение какой бы то ни было дискриминации – различий, исключений и предпочтений, не связанных с деловыми качествами работников и результатами их труда;

е) обеспечение повышения уровня реального содержания заработной платы работников государственных и муниципальных учреждений и других гарантий по оплате труда, предусмотренных трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, содержащими нормы трудового права.

III. Перечень норм и условий оплаты труда, регламентируемых федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации

5. Обязательными для применения на территории Российской Федерации являются следующие нормы и условия оплаты труда, установленные Трудовым кодексом Российской Федерации, федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации:

а) минимальный размер оплаты труда, установленный федеральным законом, порядок установления размера минимальной заработной платы в субъекте Российской Федерации;

б) включение в трудовой договор с работником (дополнительное соглашение к трудовому договору) условий оплаты труда, в том числе фиксированного размера тарифной ставки, оклада (должностного оклада), ставки заработной платы, установленных ему за исполнение трудовых (должностных) обязанностей за календарный месяц либо за норму труда (норму часов педагогической работы в неделю (в год) за ставку заработной платы) в зависимо-

сти от квалификации и сложности выполняемых работ, а также размеров и условий выплат стимулирующего и компенсационного характера;

в) размеры районных коэффициентов (коэффициентов) и порядок их применения для расчета заработной платы работников организаций, расположенных в местностях с особыми климатическими условиями, а также размеры процентных надбавок к заработной плате работников за стаж работы в указанных местностях и порядок их выплаты, устанавливаемые Правительством Российской Федерации.

До принятия соответствующих нормативных правовых актов Российской Федерации к заработной плате работников организаций, расположенных в районах Крайнего Севера, приравненных к ним местностях, а также в других местностях с особыми климатическими условиями, применяются районные коэффициенты (коэффициенты) и процентные надбавки за стаж работы в указанных местностях, установленные Правительством Российской Федерации или органами государственной власти бывшего Союза ССР.

Органами государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления могут устанавливаться более высокие размеры районных коэффициентов для учреждений, финансируемых соответственно из средств бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов, расположенных в местностях с особыми климатическими условиями. Нормативным правовым актом субъекта Российской Федерации может быть установлен предельный размер повышения районного коэффициента, устанавливаемого входящими в состав субъекта Российской Федерации муниципальными образованиями;

г) размеры и условия установления повышенной оплаты труда работников, занятых на тяжелых работах, работах с вредными и (или) опасными и иными особыми условиями труда.

Размеры и условия установления повышенной оплаты труда работников, занятых на тяжелых работах, работах с вредными и (или) опасными и иными особыми условиями труда не могут быть снижены и (или) ухудшены по сравнению с размерами и условиями, установленными в соответствии с трудовым законодательством, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, содержащими нормы трудового права, а также коллективными договорами и соглашениями без проведения аттестации рабочих мест;

д) Единый тарифно-квалификационный справочник работ и профессий рабочих, состоящий из тарифно-квалификационных характеристик, содержащих характеристики основных видов работ по профессиям рабочих в зависимости от их сложности и соответствующие им тарифные разряды, требования, предъявляемые к профессиональным знаниям и навыкам рабочих, а также примеры работ, утвержденных федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере труда, и Единый квалификационный справочник должностей руководителей, специалистов и служащих, состоящий из квалификационных характеристик должностей руководителей, специалистов и служащих, содержащих должностные обязанности и требования, предъявляемые к уровню знаний и квалификации руководителей, специалистов и служащих, утвержденных федеральным ор-

ганом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере труда.

Применение указанных справочников направлено на сохранение единства тарификации работ, установление единых подходов в определении должностных обязанностей работников и предъявляемых к ним квалификационных требований, правильный подбор и расстановку кадров, повышение деловой квалификации работников, рациональное разделение труда, создание действенного механизма разграничения функций, полномочий и ответственности между различными категориями работников.

Наименования должностей (профессий) работников государственных и муниципальных учреждений и их квалификация должны соответствовать наименованиям должностей руководителей, специалистов и служащих, профессий рабочих и квалификационным требованиям к ним, предусмотренным Единым тарифно-квалификационным справочником работ и профессий рабочих и Единым квалификационным справочником должностей руководителей, специалистов и служащих.

IV. Системы оплаты труда работников государственных и муниципальных учреждений

6. Системы оплаты труда (в том числе тарифные системы оплаты труда) работников государственных и муниципальных учреждений устанавливаются:

а) в федеральных государственных учреждениях – коллективными договорами, соглашениями, локальными нормативными актами в соответствии с федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации;

б) в государственных учреждениях субъектов Российской Федерации – коллективными договорами, соглашениями, локальными нормативными актами в соответствии с федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, законами и иными нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации;

в) в муниципальных учреждениях – коллективными договорами, соглашениями, локальными нормативными актами в соответствии с федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, законами и иными нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации и нормативными правовыми актами органов местного самоуправления.

7. Установление и изменение систем оплаты труда работников государственных и муниципальных учреждений осуществляются с учетом:

а) создания условий для оплаты труда работников в зависимости от результатов и качества работы, а также их заинтересованности в эффективном функционировании структурных подразделений и учреждения в целом, в повышении качества оказываемых услуг;

б) достигнутого уровня оплаты труда;

в) обеспечения государственных гарантий по оплате труда;

г) повышенной оплаты труда работников, занятых на тяжелых работах, работах с вредными и (или) опасными и иными особыми условиями труда, но не

ниже размеров, установленных трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права;

д) выплат за выполнение сверхурочных работ, работ в ночное время, выходные и нерабочие праздничные дни и за выполнение работ в других условиях, отклоняющихся от нормальных, но не ниже размеров, установленных трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права;

е) фонда оплаты труда, сформированного на календарный год;

ж) мнения соответствующих профсоюзов (объединений профсоюзов);

з) порядка аттестации работников государственных и муниципальных учреждений, устанавливаемого в соответствии с законодательством Российской Федерации;

и) типовых норм труда для однородных работ (межотраслевых, отраслевых и иных норм труда, включая нормы времени, нормы выработки, нормативы численности, типовые (рекомендуемые) штатные нормативы, нормы обслуживания и другие нормы, утверждаемые в порядке, установленном законодательством Российской Федерации).

Пересмотр норм труда допускается в порядке, установленном трудовым законодательством, по мере совершенствования или внедрения новой техники, технологии и проведения организационных либо иных мероприятий, обеспечивающих рост производительности труда, установления целевых показателей эффективности труда.

Локальные нормативные акты, предусматривающие введение, замену и пересмотр норм труда, принимаются работодателем с учетом мнения представительного органа работников.

Об изменении систем оплаты труда и (или) введении новых норм труда работники должны быть извещены не позднее чем за два месяца.

8. В случаях, когда размер оплаты труда работника зависит от стажа, образования, квалификационной категории, государственных наград и (или) ведомственных знаков отличия, ученой степени, право на его изменение возникает в следующие сроки:

при увеличении стажа непрерывной работы, педагогической работы, выслуги лет – со дня достижения соответствующего стажа, если документы находятся в учреждении, или со дня представления документа о стаже, дающем право на соответствующие выплаты;

при получении образования или восстановлении документов об образовании – со дня представления соответствующего документа;

при присвоении квалификационной категории – со дня вынесения решения аттестационной комиссией;

при присвоении почетного звания, награждения ведомственными знаками отличия – со дня присвоения, награждения;

при присуждении ученой степени доктора наук или кандидата наук – со дня принятия Министерством образования и науки Российской Федерации решения о выдаче диплома.

При наступлении у работника права на изменение размера оплаты труда в период пребывания в ежегодном или ином отпуске, в период его временной нетрудоспособности, а также в другие периоды, в течение которых за ним

сохраняется средняя заработная плата, изменение размера оплаты его труда осуществляется по окончании указанных периодов.

V. Системы оплаты труда работников федеральных государственных учреждений

9. Системы оплаты труда работников федеральных государственных учреждений (далее – учреждения), устанавливаются и изменяются коллективными договорами, соглашениями, локальными нормативными актами в соответствии с трудовым законодательством, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, содержащими нормы трудового права, включая Положение об установлении систем оплаты труда работников федеральных бюджетных и казенных учреждений, утвержденное постановлением Правительства Российской Федерации от 05.08.2008 № 583 “О введении новых систем оплаты труда работников федеральных бюджетных и казенных учреждений и федеральных государственных органов, а также гражданского персонала воинских частей, учреждений и подразделений федеральных органов исполнительной власти, в которых законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба, оплата труда которых в настоящее время осуществляется на основе Единой тарифной сетки по оплате труда работников федеральных государственных учреждений”.

10. Системы оплаты труда работников учреждений устанавливаются и изменяются с учетом:

- а) Единого тарифно-квалификационного справочника работ и профессий рабочих;
- б) Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих;
- в) обеспечения государственных гарантий по оплате труда;
- г) профессиональных квалификационных групп, утвержденных федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере труда;
- д) перечня видов выплат компенсационного характера в учреждениях, утверждаемого федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере труда;
- е) перечня видов выплат стимулирующего характера в учреждениях, утверждаемого федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере труда;
- ж) примерных положений об оплате труда работников федеральных учреждений по видам экономической деятельности, утверждаемых федеральными государственными органами и учреждениями – главными распорядителями средств федерального бюджета;
- з) настоящих рекомендаций;
- и) мнения представительного органа работников.

11. Размеры окладов (должностных окладов), ставок заработной платы устанавливаются с учетом обеспечения их дифференциации в зависимости от

требований к профессиональной подготовке и уровню квалификации, сложности выполняемых работ на основе профессиональных квалификационных групп профессий рабочих и должностей служащих, утверждаемых федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере труда.

12. Положение об оплате труда работников учреждения, разрабатываемое этим учреждением, должно предусматривать фиксированные размеры окладов (должностных окладов), ставок заработной платы применительно к соответствующим профессиональным квалификационным группам и квалификационным уровням профессиональных квалификационных групп и не может содержать минимальные размеры окладов (должностных окладов), ставок заработной платы, предусмотренные примерными положениями об оплате труда работников учреждений по видам экономической деятельности, утверждаемыми федеральными государственными органами и учреждениями – главными распорядителями средств федерального бюджета.

13. В трудовом договоре с работником (в дополнительном соглашении к трудовому договору) предусматривается фиксированный размер оклада (должностного оклада), ставки заработной платы, установленной ему за исполнение трудовых (должностных) обязанностей определенной сложности (квалификации) за календарный месяц либо за установленную норму труда (норму часов педагогической работы в неделю (в год) за ставку заработной платы).

14. В трудовом договоре с работником (в дополнительном соглашении к трудовому договору) предусматриваются размеры выплат компенсационного характера в случае выполнения им работ в следующих условиях:

а) на тяжелых работах, работах с вредными и (или) опасными и иными особыми условиями труда. При этом установленные работнику в соответствии с трудовым законодательством, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, содержащими нормы трудового права, а также коллективными договорами и соглашениями размеры и (или) условия повышенной оплаты труда на тяжелых работах, работах с вредными и (или) опасными и иными особыми условиями труда не могут быть снижены и (или) ухудшены без проведения аттестации рабочих мест.

Работодателям рекомендуется принимать меры по проведению аттестации рабочих мест с целью обеспечения безопасных условий труда, соответствующих государственным нормативным требованиям охраны труда, и сокращения количества рабочих мест, которые таким требованиям не соответствуют;

б) в условиях, отклоняющихся от нормальных (при выполнении работ различной квалификации, совмещении профессий (должностей), а также при выполнении работ в других условиях, отклоняющихся от нормальных);

в) за работу в ночное время;

г) на работах в местностях с особыми климатическими условиями (районные коэффициенты, коэффициенты к заработной плате, а также процентные надбавки к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, в южных районах Восточной Сибири);

д) за работу со сведениями, составляющими государственную тайну, их засекречивание и рассекречивание, а также за работу за шифрами.

15. Размеры выплат компенсационного характера определяются в процентах от фиксированного размера оклада (должностного оклада), ставки заработной платы, которые установлены работнику за исполнение им трудовых (должностных) обязанностей за календарный месяц либо за установленную норму труда (норму часов педагогической работы в неделю (в год) за ставку заработной платы), а в случаях, предусмотренных законодательством, – в процентах от заработной платы работника и не могут быть ниже размеров, установленных трудовым законодательством, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, содержащими нормы трудового права, коллективными договорами и соглашениями.

16. Размеры и условия осуществления выплат стимулирующего характера для всех категорий работников учреждений устанавливаются коллективными договорами, соглашениями, локальными нормативными актами на основе формализованных показателей и критериев эффективности работы, измеряемых качественными и количественными показателями.

Разработка показателей и критериев эффективности работы осуществляется с учетом следующих принципов:

а) объективность – размер вознаграждения работника должен определяться на основе объективной оценки результатов его труда;

б) предсказуемость – работник должен знать, какое вознаграждение он получит в зависимости от результатов своего труда;

в) адекватность – вознаграждение должно быть адекватно трудовому вкладу каждого работника в результат деятельности всего учреждения, его опыту и уровню квалификации;

г) своевременность – вознаграждение должно следовать за достижением результата;

д) справедливость – правила определения вознаграждения должны быть понятны каждому работнику;

е) прозрачность – принятие решений о выплатах и их размерах с учетом мнения представительного органа работников.

17. В трудовом договоре с работником (дополнительном соглашении к трудовому договору) предусматриваются конкретные размеры выплат стимулирующего характера либо условия для их установления со ссылкой на локальный акт, регулирующий порядок осуществления выплат стимулирующего характера.

18. Заработная плата работников учреждений (без учета премий и иных выплат стимулирующего характера) при изменении системы оплаты труда не может быть меньше заработной платы (без учета премий и иных выплат стимулирующего характера), выплачиваемой работникам до ее изменения, при условии сохранения объема трудовых (должностных) обязанностей работников и выполнения ими работ той же квалификации.

19. Штатное расписание учреждения утверждается руководителем учреждения и включает в себя все должности служащих (профессии рабочих) данного учреждения.

(Продолжение следует)



www.shop.mcfr.ru



новый интернет-магазин профессиональной литературы

Наш интернет-магазин открывает для вас ряд новых возможностей:



Широкий
ассортимент



Быстрый
поиск



Круглосуточный
доступ



Оперативный
заказ

ПРОСТО

Оформите
подписку в любое
удобное время
и не выходя из офиса

ВЫГОДНО

Без почтовых
наценок.
Стоимость подписки
включает в себя доставку

НАДЕЖНО

Вы будете
гарантированно
получать наши издания
по почте или с курьером

Лучший выбор для профессионалов!

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ

На сайте всегда есть информация о специальных предложениях, скидках, а также комментарии, отзывы, рекомендации экспертов и коллег

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

Иванов А.В. главный редактор объединенной редакции “Здравоохранение”

Кудрин К.А. ответственный редактор

Сажина С.В. редактор по работе с авторами

Сушилина В.М. выпускающий редактор

Овчинникова Ю.Г. литературный редактор

Голубева Т.Н. дизайн-концепция

Воробьева Л.М. редактор отдела иллюстраций

Станиславская Е.Н. макет и компьютерная верстка

Адрес редакции: 127287, г. Москва, ул. 2-я Хуторская, д. 38А, стр. 17, тел.: (495) 937-90-80

Наш сайт в Интернете: www.zdrav.ru. **Интернет-магазин:** www.shop.mcfr.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

Михайлова Н.М. руководитель

Тел.: (495) 937-90-80, доб. 2799, NMikhaylova@mcfr.ru

Лапшина М.С. бренд-менеджер

MLapshina@mcfr.ru

Отдел рекламы

Тел.: (495) 937-90-83

Карпов Е.Н. главный специалист группы рекламы

ekarov@mcfr.ru

Гапонова И.В. старший менеджер отдела рекламы

gaponova@mcfr.ru

Оводова О.Н. менеджер отдела рекламы

ovodova@mcfr.ru

Отдел по работе с клиентами

Тел.: (495) 937-90-82, 933-63-17

Факс: (495) 933-52-62

e-mail: pressa@mcfr.ru

Претензии по доставке направлять по факсу: (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 20.01.2012. Формат 70 × 108 1/16. Бумага офсетная.

Усл. печ. л. 11,2 + вкл. 0,35. Тираж 7200 экз. Изд. № 2648. Зак. № К-7421.

ЗАО “МЦФЭР” (Международный центр финансово-экономического развития).

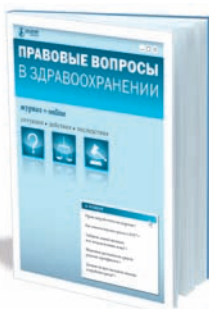
129090, г. Москва, ул. Щепкина, д. 25/20.

Цена свободная.

Отпечатано в ГУП «Издательско-полиграфический комплекс “Чувашия”».

428019, Чувашская Республика, г. Чебоксары, пр-т И. Яковлева, д. 13.

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ИЗДАНИЯ ДЛЯ УПРАВЛЕНИЯ ЛПУ И АПТЕКОЙ



Подписка на 2012 год:
7920 руб. **7128 руб.**

Подписка на I кв 2012 года:
3960 руб. **3564 руб.**



Подписка на 2012 год:
5808 руб. **5214 руб.**

Подписка на I кв 2012 года:
2904 руб. **2607 руб.**



Подписка на 2012 год:
8514 руб. **7656 руб.**

Подписка на I кв 2012 года:
4257 руб. **3828 руб.**



Подписка на 2012 год:
2376 руб. **2178 руб.**

Подписка на I кв 2012 года:
1188 руб. **1089 руб.**



Подписка на 2012 год:
5082 руб. **4554 руб.**

Подписка на I кв 2012 года:
2541 руб. **2277 руб.**



Подписка на 2012 год:
3432 руб. **3102 руб.**

Подписка на I кв 2012 года:
1716 руб. **1551 руб.**



Подписка на 2012 год:
12144 руб. **10956 руб.**

Подписка на I кв 2012 года:
6072 руб. **5478 руб.**

**Скидка 10%
для подписчиков
журнала
«Здравоохранение»**

Реклама

WWW.ZDRAV.RU

Профессиональное сообщество медицинских руководителей

Ваша ежедневная online-поддержка!

БИБЛИОТЕКА

Более 500 актуальных нормативных документов.
Публикации ведущих специалистов отрасли.
Online-справочник лекарственных средств

ОБМЕН МНЕНИЯМИ

Интерактивная площадка для обмена опытом с коллегами-практиками

КОНФЕРЕНЦИИ, ВЫСТАВКИ

Календарь ключевых тематических мероприятий отрасли с удобным поиском

ОБУЧЕНИЕ

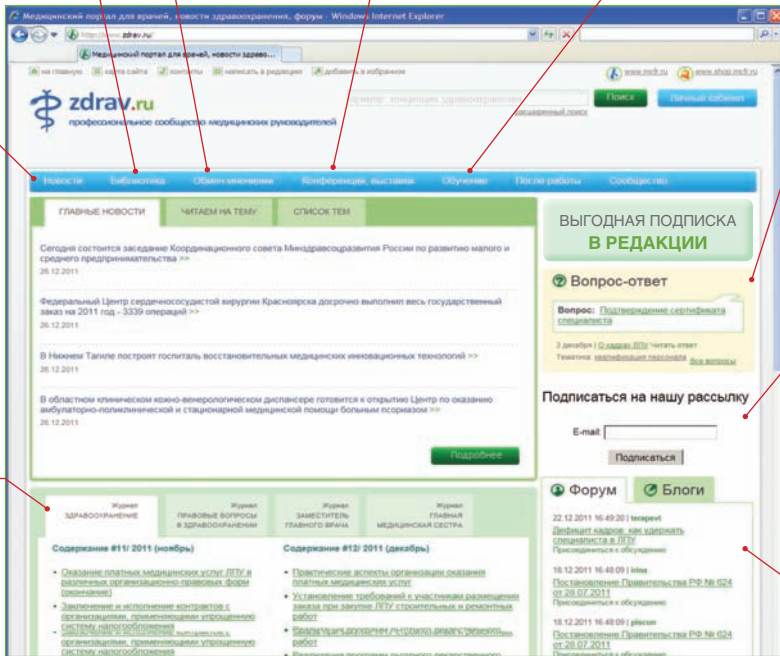
Система для непрерывного медицинского обучения MedScare CME.
Образовательные мероприятия.
Видеолекции

НОВОСТИ

Новости, факты и перспективы в здравоохранении.
Тематическая подборка новостей

ЖУРНАЛЫ ДЛЯ РУКОВОДИТЕЛЕЙ ЛПУ

Online-версии последних номеров журналов.
Анонсы будущих номеров



РУБРИКА «ВОПРОС – ОТВЕТ»

Ответ эксперта на ваш профессиональный вопрос

ЭЛЕКТРОННАЯ РАССЫЛКА

Всегда актуальная информация в сфере здравоохранения в вашей электронной почте

ФОРУМ

Место дискуссий профессионалов

Присоединяйтесь к сообществу профессионалов

ISSN 1028-9771



Реклама