

Внимание!
Подписка по акции!
Подробности см. в журнале

WWW.ZDRAV.RU

Здравоохранение



журнал рабочих ситуаций главного врача

№4
апрель 2015

Комплексное оснащение ЦСО

Оборудование из Германии и Италии. 3 года гарантии.



Бесплатное проектирование, согласование и конкурсное сопровождение проектов.

МЕДИЦИНСКАЯ КОМПАНИЯ ВИТА-ПУЛ. (495) 514-19-00, 514-19-07, www.vitapool.ru

72 Взаимозаменяемость лекарственных
препаратов: теоретические
и практические аспекты

Новый год с любого полугодия

www.zdrav.ru

Здравоохранение

журнал рабочих ситуаций главного врача

20 лет

18 Особенности разработки в медицинских организациях положений 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?

26 Новый порядок формирования начальных цен контрактов

МЦФЭР МЕДИЦИНА

УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ в здравоохранении

Выгодная подписка на год!

Оформите подписку на 12 месяцев (июль 2015 г. – июнь 2016 г.) по специальной цене

12 210 руб.
14 400 руб.!

Акция действует до **30.04.2015**

Реклама

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

РЕДАКЦИОННЫЙ И ЭКСПЕРТНЫЙ СОВЕТ

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

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

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

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

ГИРИХИДИ В.П. – канд. мед. наук, первый заместитель генерального директора ЗАО «МЦФЭР»

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

ЕРУГИНА М. В. – д-р мед. наук, проректор по лечебной работе, зав. кафедрой организации здравоохранения, общественного здоровья и медицинского права ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России

ЖЕЛЕЗНЯКОВА И.А. – заместитель начальника финансово-экономического управления Федерального фонда ОМС

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

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

КОБЯКОВА О.С. – д-р мед. наук, профессор, и.о. ректора ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России

КОЛЕСНИКОВ С.И. – д-р мед. наук, профессор, академик РАН, член Президиума РАН

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

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

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

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

САФОНОВ А.Л. – д-р экон. наук, профессор, проректор по развитию ОУП ВПО «Академия труда и социальных отношений»

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

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

СТРЮЧКОВ В.В. – канд. мед. наук, заслуженный врач РФ, министр здравоохранения развития Пензенской области

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

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

ШЕБАЕВ Г.А. – канд. мед. наук, член консультативной рабочей группы Комиссии при Президенте РФ по модернизации и технологическому развитию экономики России

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

УЛИЧ В.В. – заместитель Главы Республики Карелия по социальным вопросам

ЯНИН В.Н. – министр здравоохранения Красноярского края

КОРОТКО

- 4 СОБЫТИЯ
- 10 НОРМАТИВНАЯ БАЗА

ИНТЕРВЬЮ НОМЕРА

Нужна программа улучшения здоровья населения, а не системы здравоохранения

- 20 *Интервью с вице-президентом Российской медицинской ассоциации, членом Комитета гражданских инициатив, профессором Ю.М. Комаровым*

РАБОЧАЯ СИТУАЦИЯ

ПРОГРАММА ГОСГАРАНТИЙ

А.А. Старченко

- 28 Экспертно-медицинские принципы при реализации нового способа оплаты медицинской помощи на основе КСГ в системе ОМС

ЭКОНОМИКА ЛПУ

М.В. Пирогов

- 34 Расчет нормативов затрат на лекарственные препараты для лечения заболеваний, включенных в КСГ

УПРАВЛЕНЧЕСКИЙ УЧЕТ В ЛПУ

Н.Г. Шамшурина

- 44 Экономический анализ эффективности деятельности городской клинической больницы (*продолжение*)

ИНФОРМАТИЗАЦИЯ ЛПУ

А.В. Погонин, А.А. Тяжельников, А.В. Юмукян

- 52 ЕМИАС – инструмент эффективного управления медицинскими учреждениями

КАДРОВОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ

В.И. Шевский, И.М. Шейман

- 58 Методологические подходы к перспективной оценке потребности населения в медицинских кадрах (*окончание*)

КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

ФАРМАКОЭКОНОМИКА

Ф.Ф. Яркаяева, Д.Г. Семенихин, И.С. Бурашникова

- 72 Взаимозаменяемость лекарственных препаратов: теоретические и практические аспекты

КОНТРОЛЬ И ЭКСПЕРТИЗА

М.А. Карачевцева, С.М. Михайлов

- 82 Современные проблемы экспертизы качества медицинской помощи и пути их решения на основе опыта Санкт-Петербурга

КАДРОВАЯ РАБОТА В ЛПУ

И.Ю. Тихонова, А.В. Петиченко

- 94 Методы вовлечения персонала в систему менеджмента качества в учреждении здравоохранения

ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ

О.В. Верховодова

- 102 Предупреждение нарушений законодательства при строительстве перинатальных центров

ТРУДОВЫЕ ОТНОШЕНИЯ В ЛПУ

В.И. Андреева

- 110 Последствия реорганизации: оформление кадровых документов

НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

- 114 Постановление Правительства Российской Федерации от 05.02.2015 № 102 «Об установлении ограничения допуска отдельных видов медицинских изделий, происходящих из иностранных государств, для целей осуществления закупок для обеспечения государственных и муниципальных нужд»
- 118 Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.12.2014 № 796н «Об утверждении положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи»

Минздрав инициировал масштабный проект по подготовке управленческих кадров в здравоохранении

Стартовала всероссийская программа по подготовке управленцев, отвечающих за финансово-экономическую деятельность медицинских организаций.

В ближайшие годы Минздрав России одной из своих стратегических задач видит повышение качества управленческих кадров: главных врачей медицинских организаций, специалистов в областях менеджмента качества, лекарственного обеспечения и финансово-экономического управления.

2015 г. – год проведения масштабного повышения квалификации управленцев, курирующих финансово-экономическую деятельность в медицинских организациях всех субъектов Российской Федерации, работающих в системе ОМС. В первую очередь, это заместители главных врачей по финансово-экономической деятельности и директора медицинских организаций. В течение года около 3,5 тыс. специалистов должны пройти обучение по эксклюзивной программе, которая разработана при участии федерального министерства, федерального фонда ОМС, ведущих специалистов страны в области управления и экономики здравоохранения. Образовательная программа состоит из модулей по наиболее актуальным проблемам в сфере здравоохранения. Образовательный цикл продолжительностью 72 часа представляет собой 6-дневное очное обучение.

Учитывая значимость проблемы, с экспертными лекциями выступят ведущие специалисты отрасли, руководители департаментов Минздрава России, представители ФФОМС, Росздравнадзора. Центром подготовки должна стать региональная образовательная площадка (РОП). При этом образовательная организация берет на себя роль методических образовательных центров и осуществляет курацию проекта; его логистику, учет и контроль образовательного процесса, принимает участие в итоговой аттестации, а также выдает документ об образовании», – отмечает первый заместитель Министра И.Н. Каграманян.

По материалам rosminzdrav.ru

В России объем ВМП онкобольным увеличился на 27,5%

Медицинская помощь больным онкологическими заболеваниями продолжает финансироваться из средств Фонда ОМС, переданных на федеральный уровень для оказания высокотехнологичной медицинской помощи по методам, не включенным в базовую программу ОМС, региональных бюджетов и за счет средств ОМС. Объемы этой помощи не уменьшаются, а увеличиваются из года в год. Об этом заявила заместитель директора департамента Т.Ч. Касаева.

Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи гарантировано оказание медицинской помощи, в том числе и больным онкологического профиля. На 2015 г. подушевой норматив составляет 8260,7 руб., это превышает норматив 2013 г. в 1,4 раза, что позволяет увеличивать расходы на оказание медицинской помощи, в т. ч. больным онкологическими заболеваниями», – сказала Т.Ч. Касаева.

Кроме того, растет стоимость оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара. За последние три года она выросла в 2,8 раза, что позволяет обеспечить проведение химиотерапии онкологическим больным в условиях дневного стационара.

В 2014 г. в рамках территориальных программ ОМС на оказание медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями направлено порядка 160 млрд руб.

В 2015 г. более 100 тыс. пациентов с онкологическими заболеваниями смогли получить высокотехнологичную медицинскую помощь. Рост объемов высокотехнологичной медицинской помощи по профилю «Онкология» в 2014 г., по сравнению с 2013 г., составил 27,5%.

«С учетом принимаемых государством антикризисных мер объемы ВМП не уменьшатся, а указание президента Российской Федерации о доведении общих объемов оказания ВМП к 2017 г. до 750 тыс. больных будет выполнено. Соответственно, увеличатся и объемы оказания высокотехнологичной помощи больным онкологического профиля», – подчеркнула Т.Ч. Касаева.

По материалам ria-ami.ru

Стартует вторая ежегодная премия Национальной Медицинской Палаты

НМП объявила о начале конкурса на премию Национальной Медицинской Палаты – сбор заявок для участия продлится до 20.04.2015 г. Награждение лауреатов состоится в мае на Съезде НМП. Первое вручение премии НМП состоялось в 2014 г. и вызвало широкий отклик в медицинском сообществе. Всего за два с половиной месяца в рабочую группу премии НМП поступило более 500 заявок из 67 регионов России. Победителями премии стали студенты и врачи всех возрастов, представители СМИ и общественные организации со всей страны. Неудивительно, что у премии такой отклик – ведь идея о присуждении родилась среди самих врачей, и первое вручение подобной награды стало событием, которое позволяет не только вернуть уважение и доверие к профессии врача, но также привлечь внимание общества к решению тех вопросов, которые сегодня наиболее актуальны в медицине. В этом году премия будет вручаться по 10 номинациям. «Земский доктор», «Мой наставник», «Карьера», «Почему я хочу стать врачом» – номинации для состоявшихся и будущих медицинских работников. Для территориальных и профессиональных объединений медицинских работников предусмотрены следующие номинации: «Право на защиту», «Территория взаимодействия», «Наш маяк». Для представителей СМИ: «Врач под защитой», «Профессия – врач», «Диагноз».

Предложить своего кандидата на роль соискателя могут территориальные и профессиональные объединения медицинских работников, сами медицинские работники и представители СМИ.

«Мы верим, что премия НМП – действительно важное и нужное дело для нашей страны.

Мы не отрицаем, что в нашем здравоохранении есть проблемы, но настаиваем на объективной их оценке и думаем, что те материалы, которые поступают к нам от соискателей, позволяют взглянуть на эти проблемы с разных точек зрения, обсуждать их и находить решения», – отметил президент НМП Л.М. Рошаль.

Подробности на сайте – www.premianmp.ru.

Собств. инф.

Закупка ЛС по торговым наименованиям для пациентов, перенесших трансплантацию

Более года назад, 01.01.2014 г. вступили в силу Правила формирования перечня лекарственных средств, закупка которых осуществляется в соответствии с их торговыми наименованиями. Однако до сих пор перечень лекарственных средств так и не утвержден, в то время как здоровье многих пациентов, перенесших трансплантацию органов, стремительно ухудшается: уже есть случаи отторжения пересаженных органов и повторной госпитализации.

«Сегодня определяющим фактором в госзакупках является цена, что позволяет сэкономить государственные деньги, однако как показывают результаты аукционов, закупка ключевых иммунодепрессантов по МНН, лишь на 10–15% снижает стоимость иммуносупрессивной терапии, а различие между стоимостью повторного гемодиализа и иммуносупрессивной терапией составляет от 40 до 80%. Таким образом, бесконтрольная смена иммунодепрессантов может обойтись государству в несколько раз дороже первоначальной операции по пересадке органов. Во всем мире уже накоплен соответствующий опыт применения такролимуса и циклоспорина: эти препараты признаны незаменимыми и выписываются врачом по их торговым наименованиям», – комментирует М.М. Каабак, доктор мед. наук, профессор, руководитель отделения трансплантации почки РНЦХ им. академика Б.В. Петровского РАМН.

В связи с этой острой проблемой была подписана петиция от имени российских пациентов с трансплантированными органами, а также представителей медицинского сообщества в адрес председателя правительства Российской Федерации Д.А. Медведева с просьбой скорейшего утверждения перечня лекарственных средств, закупка которых осуществляется в соответствии с их торговыми наименованиями. С петицией можно ознакомиться по ссылке <http://chn.ge/1DdjvFG>.

По материалам PR-Consulta

Определен перечень сведений, которые медорганизации должны размещать на своих сайтах

Минздравом России определен перечень сведений, которые медицинские организации должны размещать на своих сайтах для проведения независимой оценки качества оказания ими услуг. Соответствующий ведомственный приказ № 956н от 30.12.2014 г. зарегистрирован в Минюсте России 20.02.2015 № 336153.

В данные перечня, в частности, входят сведения:

- о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности (с приложением электронного образа документов);
- о видах медицинской помощи;
- о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- о сроках, порядке, результатах проводимой диспансеризации населения;
- о правилах записи на первичный прием/консультацию/обследование;
- о правилах предоставления платных медицинских услуг;
- о ценах на медицинские услуги (с приложением электронного образа документов);
- о медицинских работниках медицинской организации (в т. ч. график работы и часы приема медицинского работника);
- об отзывах потребителей услуг;
- о страховых медицинских организациях, с которыми заключены договоры на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Кроме того, установлены требования к содержанию и форме информации о деятельности медицинских организаций, размещаемой на сайтах медицинских организаций, а также на сайте Минздрава России и сайтах региональных и местных органов власти.

На сайтах должна быть обеспечена возможность выражения мнений получателями медицинских услуг о качестве их оказания медицинскими организациями (анкетирование).

По материалам www.medportal.ru

Эксперты обсудили перспективы перехода на метод финансирования больниц по КСГ

В НИУ «Высшая Школа Экономики» состоялся круглый стол, на котором рассматривался опыт внедрения нового метода оплаты медицинской помощи по законченным случаям лечения, классифицированным по клинико-статистическим группам (КСГ). Участниками были обозначены проблемы, возникавшие в ходе пилотного внедрения данного способа оплаты.

Эксперты ВШЭ полагают, что новый подход к оплате медицинских услуг из ФОМС будет способствовать повышению эффективности расходования бюджетных средств.

Главный же вопрос связан с темпами внедрения КСГ в регионах. Практические результаты, полученные в восьми пилотных регионах, где новая модель финансирования функционирует с 2013 г., показали, что в результате внедрения достигается сокращение среднего времени пребывания в стационарах, снижается уровень расхождения тарифов как внутри одного региона, так и между регионами, происходит рационализация маршрутов движения пациентов, оптимизируется использование информации в управлении.

Результатом внедрения новой модели финансирования в нашей стране стало появление нового инструмента анализа и планирования медицинской помощи. На примере нескольких нозологий эксперты убедились, что наиболее часто в отчетах фигурировали те группы заболеваний, тарифы на оплату которых были наиболее высокими. Внедрение же оплаты по КСГ позволяет выравнивать эти тарифы, получив более объективную картину.

Общий вывод, к которому пришли эксперты – российская модель КСГ состоялась и задачи, возложенные на нее, в целом выполняются. Дальнейшее развитие и совершенствование модели возможно только в условиях практического внедрения и эксплуатации модели.

По материалам ria-ami.ru

Алтайский край заключил с аптечными сетями соглашение о регулировании цен

Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности подписало соглашение о регулировании цен на лекарства с частными аптечными сетями, а также муниципальными и государственными аптеками края, контролирующими более 320 аптек.

Наталья Долгова, руководитель сети аптек компании «Эвалар», подчеркнула, что соглашение прописывает серьезные социальные обязательства в отношении дальнейшей реализации лекарственных препаратов на территории края. Компания предпримет все меры, чтобы соблюдать оговоренные в документе обязательства и обеспечить доступность лекарственных средств всем категориям населения.

В Крайздраве подчеркнули, что соглашения предусматривают, что аптечные организации обеспечивают наличие ассортимента препаратов, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП) различного ценового диапазона; соблюдение установленных в регионе предельных розничных надбавок при реализации лекарственных препаратов, цены на которые подлежат государственному регулированию. При формировании цен на лекарственные препараты, не входящие в перечень ЖНВЛП, аптечные организации учитывают платежеспособность населения в зависимости от места проживания, в том числе в сельской местности, отдаленных и труднодоступных населенных пунктах. Кроме того, партнеры оперативно информируют Крайздрав об отсутствии лекарственных препаратов минимального ассортимента; обеспечивают покупателям свободный доступ к информации о предельных розничных ценах на лекарственные препараты перечня ЖНВЛП, а также лекарственные препараты минимального ассортимента. Гражданам, нуждающимся в особой заботе государства, лекарственные препараты будут продавать со скидкой. Также при реализации препаратов фармацевты будут предлагать покупателю торговые наименования лекарственных препаратов разного ценового уровня в рамках одного международного непатентованного наименования.

По материалам www.pharmvestnik.ru

Минпромторг разрабатывает дополнительные меры поддержки и фарм-, и медпрома

Экспертные советы по развитию фармацевтической и медицинской промышленности согласовали внесение в госпрограмму «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности» изменений в части нового финансового инструментария.

«Вы знаете, что мы работаем над созданием инструментов по выдаче субсидий по разработке и производству субстанций, – напомнил зам. министра промышленности и торговли России С.А. Цыб. – Отдельная субсидия будет касаться поддержки клинических исследований. В этой части необходимо поддержать те проекты по разработке лекарственных препаратов и медицинских изделий, которые находятся уже в стадии проведения клинических исследований, т. е. фактически близки к выходу на рынок».

По словам С.А. Цыба, отдельная субсидия запланирована для медицинских изделий. В первую очередь, она будет направлена на разработку и производство медицинских изделий, которые входят в перечень имплантируемых медицинских изделий, утвержденных распоряжением правительства в конце декабря 2014 года.

Также предусмотрены субсидии, касающиеся инжиниринговых центров, промышленных парков и других системообразующих инфраструктур, которые необходимы для развития любого бизнеса. «С учетом того, что во многих регионах сложилась некая кластерная система развития фармы и производства медизделий, интересно было бы рассмотреть получение субсидии на создание промышленных парков. Особенно это касается регионов с уже созданными технопарками, где существуют механизмы, которые могли бы объединять разработчиков и производителей фарм- и медпродукции», – отметил замминистра.

По материалам www.pharmvestnik.ru

Централизованные закупки для госпитальных нужд позволят снизить стоимость лекарств

Минздрав России с участием Росздравнадзора провел селекторное совещание с органами управления здравоохранения субъектов РФ на тему: «Реализация антикризисных мер в здравоохранении и плана первоочередных мероприятий по обеспечению устойчивого развития экономики и социальной сферы».

В ходе мероприятия регионам рекомендовано обратить внимание на объемы и достаточность сформированных товарных запасов лекарственных препаратов, закупленных для реализации льготных программ в текущем году.

Несмотря на то что год только начался, в РФ по программе ОНЛС на отсроченном обеспечении уже находится почти 8 тыс. рецептов, что на 20% больше аналогичного показателя 2014 г.

Также в ходе селекторного совещания министерство рекомендовало высшим органам региональной власти обратить внимание на возможность организации в субъекте централизованных закупок для госпитальных нужд, что позволит снизить стоимость приобретаемых лекарственных препаратов для госпитального сегмента.

«В настоящее время некоторые регионы уже используют такую модель закупок, которая, кстати, доказывает свою эффективность не первый год, – говорит врио руководителя Росздравнадзора М.А. Мурашко. – Подобная централизация особенно актуальна в современных условиях, когда необходимо изыскивать внутренние резервы для повышения эффективности государственных расходов».

Для отслеживания ситуации с лекарственным обеспечением в регионах, территориальные органы Росздравнадзора будут еженедельно собирать оперативные данные от органов управления здравоохранения субъектов РФ по следующим разделам: «льготное лекарственное обеспечение», «лекарственное обеспечение в госпитальном сегменте», «устойчивая дефектура в регионе» и «региональный государственный контроль за жизненно необходимыми и важнейшими лекарственными препаратами (ЖНВЛП)».

По материалам www.pharmvestnik.ru

Росздравнадзор: во многих регионах дорогостоящее медоборудование используется неэффективно

Проанализировав материалы надзорных мероприятий в 2014 г., а также предоставленные Федеральной службой государственной статистики данные об эффективности использования медицинского оборудования в субъектах РФ в 2013 г., Росздравнадзор установил, что во многих регионах дорогостоящая медицинская техника, полученная, в том числе, в рамках реализации территориальных программ модернизации здравоохранения, используется не в полном объеме.

В частности, в Астраханской области выявлена низкая нагрузка на магнитно-резонансный томограф, в Карачаево-Черкесской Республике и Костромской области не эффективно эксплуатируются поставленные компьютерные томографы. Также низкая нагрузка на оборудование для маммографии отмечается в Магаданской области и в Чеченской Республике, на оборудование для флюорографии – в Республике Адыгея и Чукотском Автономном округе.

«На основании анализа данных можно сделать вывод о частичном простое или неэффективном использовании имеющихся в отдельных субъектах Российской Федерации определенных видов оборудования, о низкой доступности для населения исследований на данном оборудовании, либо о неверном планировании потока пациентов на проведение обследований, – говорит врио руководителя Росздравнадзора М.А. Мурашко. – Свои выводы мы направили главам субъектов Российской Федерации для того, чтобы они обратили внимание на существующую проблему и усилили контроль за эффективностью использования дорогостоящего медицинского оборудования в подведомственных медицинских организациях».

По материалам ria-ami.ru

Закон о госрегулировании цен на медикаменты покажет свою эффективность через полгода

Законы о госрегулировании цен на медикаменты и медицинские изделия покажут свою эффективность не ранее чем через полгода, считает депутат Законодательного собрания Нижегородской области С.В. Зуденков, комментируя подписание президентом В.В. Путиным двух антикризисных законов.

Первый из них предусматривает госрегулирование цен на имплантаты, второй предоставляет правительству право устанавливать особенности госрегулирования предельных отпускных цен на жизненно важные лекарства.

«Если за этот срок цены на жизненно важные лекарства расти действительно не будут, и не будет наблюдаться внезапного дефицита препаратов, – значит, меры госрегулирования сработают в положительную сторону. В кризисных экономических условиях всегда есть риски спекулятивного накручивания цен со стороны участников рынка, поэтому вмешательство государства выглядит оправданным. Но если правительственные регулирующие меры приведут к дефициту, то может получиться обратный эффект», – считает Зуденков.

Президент подписал закон, предоставляющий правительству право устанавливать особенности госрегулирования цен на жизненно важные лекарства.

Закон, в частности, переносит с 1 июля на 16 марта дату вступления в силу нормы, согласно которой правительство получает право регулировать предельные отпускные цены на жизненно необходимые и важнейшие лекарства в зависимости от экономической и социальной ситуации. Планируется, что такая мера даст возможность правительству РФ подготовить соответствующее решение по индексации цен на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты. Кроме того, подписан закон, предусматривающий госрегулирование цен на имплантаты. Теперь предельные цены производителей на медицинские изделия будут рассчитываться по методике, утвержденной федеральным правительством. При этом зарегистрированные цены будут пересматриваться с учетом инфляции.

По материалам ria-ami.ru

Субсидии на оказание ВМП

Правительство РФ утвердило распределение в 2015 г. субсидий субъектам Федерации для оказания гражданам высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования. Соответствующее распоряжение №287-р от 23.02.2015 г. подписал премьер-министр Д.А. Медведев. Подписанным распоряжением утверждается распределение в 2015 г. субсидий бюджетам 61 субъекта Федерации на софинансирование расходов, возникающих при оказании гражданам Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования.

Как сообщает пресс-служба правительства, в бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2015 г. на эти цели предусмотрено 5 млрд руб. Из региональных бюджетов на эти цели будет направлено 21,1 млрд руб.

«Субсидии должны помочь регионам обеспечить людей ВМП, деньги пойдут на сложное, дорогостоящее лечение, которое не включено в базовую программу ОМС», – пояснил глава кабинета министров Д.А. Медведев.

Критерии отбора субъектов Федерации для предоставления субсидий – наличие медицинских организаций, подведомственных исполнительному органу государственной власти субъекта Федерации, имеющих лицензию на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, а также наличие в бюджете субъекта Федерации бюджетных ассигнований, предусмотренных на оказание высокотехнологичной медицинской помощи.

В 2014 г. высокотехнологичную медицинскую помощь в медицинских организациях субъектов Федерации на условиях софинансирования получили 151,9 тыс. человек.

Проект документа рассмотрен и одобрен на заседании Правительства Российской Федерации 19 февраля 2015 г.

По материалам www.pharmvestnik.ru

**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН ОТ 31.12.2014 № 501-ФЗ
О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН «О НАРКОТИЧЕСКИХ
СРЕДСТВАХ И ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВАХ»**

Суть документа ➤ Повышена доступность наркотических и психотропных лекарственных препаратов для нуждающихся в них пациентов.

В частности, федеральным законом введены определения понятий «реализация наркотических средств, психотропных веществ», а также «отпуск наркотических средств, психотропных веществ».

Установлено, что отпуск наркотических лекарственных препаратов и психотропных лекарственных препаратов физическим лицам производится не только в аптечных организациях, но и в медицинских организациях или обособленных подразделениях медицинских организаций, расположенных в сельских населенных пунктах и удаленных от населенных пунктов местностях, в которых отсутствуют аптечные организации, при наличии лицензии.

Также определено, что аптечным организациям, медицинским организациям и обособленным подразделениям медицинских организаций, расположенным в сельских населенных пунктах и удаленных от населенных пунктов местностях, в которых отсутствуют аптечные организации, запрещается отпускать наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты, внесенные в Список II, по рецептам на лекарственные препараты, выписанные более 15 (ранее 5) дней назад.

Кроме того, установлен запрет требовать возврат первичных упаковок и вторичных (потребительских) упаковок использованных в медицинских целях наркотических лекарственных препаратов и психотропных лекарственных препаратов, в том числе в форме трансдермальных терапевтических систем, содержащих наркотические средства, при выписке новых рецептов на лекарственные препараты, содержащие назначение наркотических лекарственных препаратов и психотропных лекарственных препаратов.

**ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ ОТ 21.02.2015 № 149
О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ПРИЛОЖЕНИЕ К ПОСТАНОВЛЕНИЮ ПРАВИТЕЛЬСТВА
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 22 ИЮНЯ 2009 Г. № 508**

Суть документа ➤ Квоты, в пределах которых ежегодно осуществляются производство, хранение, ввоз и вывоз наркотических средств и психотропных веществ, увеличены в отношении следующих позиций:

«Налбуфин [(5-альфа, 6-альфа)-17-(циклобутилметил)-4,5-эпоксиморфинан-3,6,14-триол]» – с 12 000 до 50 000 граммов;

«Хальцион (триазолам)» – с 0,1 до 0,13 граммов.

**ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ ОТ 19.02.2015 № 143
ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПЕРЕЧНЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПРИ НАЛИЧИИ КОТОРЫХ ПРОТИ-
ВОПОКАЗАНО ВЛАДЕНИЕ ОРУЖИЕМ, И О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЯ В ПРАВИЛА
ОБОРОТА ГРАЖДАНСКОГО И СЛУЖЕБНОГО ОРУЖИЯ И ПАТРОНОВ К НЕМУ
НА ТЕРРИТОРИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Суть документа » Обновлен Перечень заболеваний, при наличии которых проти-
вопоказано владение оружием.
В перечень включены следующие заболевания: хронические
и затяжные психические расстройства с тяжелыми стойкими или
часто обостряющимися болезненными проявлениями, в частно-
сти шизофрения, расстройства настроения (аффективные рас-
стройства), расстройства личности и поведения в зрелом воз-
расте, умственная отсталость, а также психические расстройства
и расстройства поведения, связанные с употреблением психоак-
тивных веществ, которые не является противопоказанием при
наличии стойкой ремиссии в течение не менее 3 лет; определен-
ные болезни глаза и его придаточного аппарата.
В Правила оборота гражданского и служебного оружия и патро-
нов к нему на территории РФ, утвержденные постановлением
Правительства РФ от 21.07.1998 № 814, внесено уточнение, со-
гласно которому лицензии на приобретение оружия не выдают-
ся гражданам РФ при наличии оснований, предусмотренных
Федеральным законом «Об оружии».

**ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ ОТ 18.02.2015 № 136
О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ОТ 31 ОКТЯБРЯ 2014 Г. № 1134**

Суть документа » Действие постановления Правительства РФ от 31.10.2014 № 1134
«Об оказании в 2014 году медицинской помощи на территории
Российской Федерации гражданам Украины и лицам без граждан-
ства, постоянно проживавшим на территории Украины, вынужден-
но покинувшим территорию Украины и прибывшим на террито-
рию Российской Федерации в экстренном массовом порядке,
и компенсации за счет средств федерального бюджета расходов,
связанных с оказанием им в 2014 году медицинской помощи, а так-
же затрат по проведению указанным лицам профилактических
прививок, включенных в календарь профилактических прививок
по эпидемическим показаниям» распространено на 2015 год.

**ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ ОТ 13.02.2015 № 123
ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПРАВИЛ ВНЕОЧЕРЕДНОГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ ОТДЕЛЬНЫМ КАТЕГОРИЯМ ГРАЖДАН В РАМКАХ ПРОГРАММЫ ГОСУ-
ДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОГО ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАМ МЕДИЦИН-
СКОЙ ПОМОЩИ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ, ПОДВЕДОМСТВЕННЫХ
ФЕДЕРАЛЬНЫМ ОРГАНАМ ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ ВЛАСТИ**

Суть документа » Обновлен порядок внеочередного оказания медицинской по-
мощи инвалидам войны и некоторым иным категориям граждан
по программе государственных гарантий.

Медицинская помощь гражданам оказывается в федеральных медицинских организациях, перечень которых утверждается Минздравом России. Направление граждан на внеочередное оказание медицинской помощи осуществляется медицинскими организациями, к которым граждане были прикреплены в период работы до выхода на пенсию и в которых им продолжает оказываться медицинская помощь после выхода на пенсию, или медицинскими организациями, выбранными гражданами в порядке, предусмотренном Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Уполномоченные органы государственной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья граждан на основании решения врачебных комиссий медицинских организаций направляют граждан с медицинским заключением или соответствующие медицинские документы в федеральные медицинские организации (в соответствии с их профилем) для решения вопроса о внеочередном оказании медицинской помощи.

Врачебная комиссия федеральной медицинской организации не позднее 14 дней со дня поступления медицинских документов гражданина, а при очной консультации гражданина – не позднее 7 дней со дня консультации принимает решение о приеме гражданина на лечение в этой федеральной медицинской организации и направляет в соответствующий уполномоченный орган такое решение с указанием даты предоставления медицинской помощи.

Признано утратившим силу постановление Правительства РФ от 17.11.2004 № 646 «Об утверждении Правил внеочередного оказания медицинской помощи отдельным категориям граждан по программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в федеральных учреждениях здравоохранения».

**ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ ОТ 11.02.2015 № 113
ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПРАВИЛ ЗАКЛЮЧЕНИЯ СОГЛАШЕНИЙ О РЕАЛИЗАЦИИ
ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ПРОГРАММ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОГО
ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, В ТОМ ЧИСЛЕ ТЕРРИТО-
РИАЛЬНЫХ ПРОГРАММ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ,
МИНИСТЕРСТВОМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, ФЕДЕРАЛЬ-
НЫМ ФОНДОМ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ И ВЫСШИМИ
ИСПОЛНИТЕЛЬНЫМИ ОРГАНАМИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ВЛАСТИ СУБЪЕКТОВ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Суть документа » Установлен порядок заключения соглашений о реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе территориальных программ обязательного медицинского страхования, Министерством здравоохранения Российской Федерации, Федеральным фондом обязательного медицинского

страхования и высшими исполнительными органами государственной власти субъектов Российской Федерации.

**ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ ОТ 05.02.2015 № 102
ОБ УСТАНОВЛЕНИИ ОГРАНИЧЕНИЯ ДОПУСКА ОТДЕЛЬНЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ, ПРОИСХОДЯЩИХ ИЗ ИНОСТРАННЫХ ГОСУДАРСТВ, ДЛЯ ЦЕЛЕЙ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ЗАКУПОК ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННЫХ И МУНИЦИПАЛЬНЫХ НУЖД**

Суть документа » Утвержден перечень иностранных медицинских изделий, в отношении которых устанавливается ограничение допуска для госзакупок.

Теперь при осуществлении госзакупок заявки на поставку медицинских изделий, происходящих из иностранных государств (кроме Белоруссии, Казахстана и Армении), будут отклоняться при условии, что на участие в определении поставщика подано не менее двух удовлетворяющих требованиям заявок на поставку таких изделий, страной происхождения которых является Россия, а также Белоруссия, Казахстан или Армения.

При этом подтверждение страны происхождения таких медицинских изделий проводится в соответствии с Соглашением о Правилах определения страны происхождения товаров в СНГ от 20 ноября 2009 года.

**ПРИКАЗ МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 02.02.2015 № 32Н
ОБ УТВЕРЖДЕНИИ СТАНДАРТА СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОБЩИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ (АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА)**

Суть документа » Утвержден стандарт специализированной медицинской помощи детям с общими расстройствами психологического развития (аутистического спектра). Коды по МКБ X: F84.0, F84.1, F84.2, F84.3. Вид медицинской помощи: специализированная медицинская помощь. Условия оказания медицинской помощи: стационарно; в дневном стационаре. Форма оказания медицинской помощи: плановая. Средние сроки лечения (количество дней): 30.

**ПРИКАЗ МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 02.02.2015 № 31Н
ОБ УТВЕРЖДЕНИИ СТАНДАРТА ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОБЩИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ (АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА) (ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)**

Суть документа » Утвержден стандарт первичной медико-санитарной помощи детям с общими расстройствами психологического развития (аутистического спектра) (диспансерное наблюдение). Код по МКБ X: F84.0, F84.1, F84.2, F84.3, F84.5. Вид медицинской помощи: первичная медико-санитарная помощь. Условия оказания медицинской помощи: амбулаторно. Форма оказания медицинской помощи: плановая. Средние сроки лечения (количество дней): 3.

ПРИКАЗ МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 14.01.2015 № 3Н
ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ФОРМЫ ОТЧЕТА О РАСХОДАХ БЮДЖЕТА СУБЪЕКТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И БЮДЖЕТА Г. БАЙКОНУРА, ИСТОЧНИКОМ ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ КОТОРЫХ ЯВЛЯЮТСЯ ИНЫЕ МЕЖБЮДЖЕТНЫЕ ТРАНСФЕРТЫ БЮДЖЕТАМ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И БЮДЖЕТУ Г. БАЙКОНУРА НА ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ ЛИЦ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ, ПРЕДНАЗНАЧЕННЫМИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ЛИМФОИДНОЙ, КРОВЕТВОРНОЙ И РОДСТВЕННЫХ ИМ ТКАНЕЙ, ГЕМОФИЛИЕЙ, МУКОВИСЦИДОЗОМ, ГИПОФИЗАРНЫМ НАНИЗМОМ, БОЛЕЗНЬЮ ГОШЕ, РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ, А ТАКЖЕ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ И (ИЛИ) ТКАНЕЙ

Суть документа ➤ Утверждена форма отчета о расходах бюджета субъекта Российской Федерации и бюджета г. Байконура, которую уполномоченный орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации и г. Байконура представляет в Министерство здравоохранения Российской Федерации ежеквартально, не позднее 10-го числа месяца, следующего за отчетным кварталом. Признан утратившим силу приказ Минздрава России от 17.12.2012 № 1068н.

ПРИКАЗ МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 31.12.2014 № 970Н
«ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ВЕДОМСТВЕННОГО ПЕРЕЧНЯ ГОСУДАРСТВЕННЫХ УСЛУГ (РАБОТ), ОКАЗЫВАЕМЫХ (ВЫПОЛНЯЕМЫХ) НАХОДЯЩИМИСЯ В ВЕДЕНИИ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ФЕДЕРАЛЬНЫМИ ГОСУДАРСТВЕННЫМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ В КАЧЕСТВЕ ОСНОВНЫХ ВИДОВ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ»

Суть документа ➤ Утвержден новый ведомственный перечень государственных услуг (работ), оказываемых (выполняемых) находящимися в ведении Министерства здравоохранения Российской Федерации федеральными государственными учреждениями в качестве основных видов деятельности. Перечень содержит: наименование государственной услуги (работы), категории потребителей государственной услуги (работы), единицы измерения показателя объема, показатели, характеризующие качество государственной услуги, наименования федеральных государственных учреждений (групп учреждений), оказывающих государственную услугу (выполняющих работу). Признан утратившим силу приказ Минздрава России от 24.12.2013 № 1058н.

ПРИКАЗ МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 31.12.2014 № 967Н
ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПЕРЕЧНЯ ФЕДЕРАЛЬНЫХ ГОСУДАРСТВЕННЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ, НЕ ВКЛЮЧЕННУЮ В БАЗОВУЮ ПРОГРАММУ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ, ЗА СЧЕТ БЮДЖЕТНЫХ АССИГНОВАНИЙ ФЕДЕРАЛЬНОГО БЮДЖЕТА, ИСТОЧНИКОМ КОТОРЫХ В ТОМ ЧИСЛЕ ЯВЛЯЮТСЯ ИНЫЕ МЕЖБЮДЖЕТ-

НЫЕ ТРАНСФЕРТЫ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫЕ ИЗ БЮДЖЕТА ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ФЕДЕРАЛЬНОМУ БЮДЖЕТУ

Суть документа » Утвержден новый перечень, содержащий 132 федеральных государственных учреждений, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, не включенную в базовую программу обязательного медицинского страхования, за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, источником которых в том числе являются иные межбюджетные трансферты, предоставляемые из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования федеральному бюджету. Признаны утратившими силу приказы Минздрава России от 31.12.2013 № 1117н и от 29.05.2014 № 250н.

**ПРИКАЗ МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 30.12.2014 № 956Н
ОБ ИНФОРМАЦИИ, НЕОБХОДИМОЙ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ НЕЗАВИСИМОЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ УСЛУГ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ, И ТРЕБОВАНИЯХ К СОДЕРЖАНИЮ И ФОРМЕ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, РАЗМЕЩАЕМОЙ НА ОФИЦИАЛЬНЫХ САЙТАХ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, ОРГАНОВ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ВЛАСТИ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, ОРГАНОВ МЕСТНОГО САМОУПРАВЛЕНИЯ И МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В ИНФОРМАЦИОННО-ТЕЛЕКОММУНИКАЦИОННОЙ СЕТИ ИНТЕРНЕТ**

Суть документа » Определен перечень сведений, которые медицинские организации должны размещать на своих сайтах для проведения независимой оценки качества оказания ими услуг.

В данный перечень, в частности, входят сведения:

- о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности (с приложением электронного образа документов);
- о видах медицинской помощи;
- о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- о сроках, порядке, результатах проводимой диспансеризации населения;
- о правилах записи на первичный прием/консультацию/обследование;
- о правилах предоставления платных медицинских услуг;
- о ценах на медицинские услуги (с приложением электронного образа документов);
- о медицинских работниках медицинской организации (в т. ч. график работы и часы приема медицинского работника);
- об отзывах потребителей услуг;
- о страховых медицинских организациях, с которыми заключены договоры на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Кроме того, установлены требования к содержанию и форме информации о деятельности медицинских организаций, размещае-

мой на сайтах медицинских организаций, а также на сайте Минздрава России и сайтах региональных и местных органов власти. На сайтах должна быть обеспечена возможность выражения мнений получателями медицинских услуг о качестве их оказания медицинскими организациями (анкетирование).

**ПРИКАЗ МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 30.12.2014 № 953Н
ОБ УТВЕРЖДЕНИИ АДМИНИСТРАТИВНОГО РЕГЛАМЕНТА ИСПОЛНЕНИЯ
ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБОЙ ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОСУДАР-
СТВЕННОЙ ФУНКЦИИ ПО ОСУЩЕСТВЛЕНИЮ ЛИЦЕНЗИОННОГО КОНТРОЛЯ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО ПРОИЗВОДСТВУ И ТЕХНИЧЕСКОМУ ОБСЛУЖИВАНИЮ
(ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ СЛУЧАЯ, ЕСЛИ ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ ОСУЩЕСТ-
ВЛЯЕТСЯ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ СОБСТВЕННЫХ НУЖД ЮРИДИЧЕСКОГО ЛИЦА
ИЛИ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПРЕДПРИНИМАТЕЛЯ) МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ**

Суть документа » Определен порядок осуществления Росздравнадзором лицензионного контроля деятельности по производству и техническому обслуживанию медицинской техники. Предметом лицензионного контроля является соблюдение лицензиатами требований Положения о лицензировании деятельности по производству и техническому обслуживанию медицинской техники (утв. постановлением Правительства РФ от 03.06.2013 № 469). Регламентом определены полномочия должностных лиц Росздравнадзора при осуществлении контроля, а также права и обязанности субъектов контроля. Установлено, что срок проведения проверки в общем случае не может превышать двадцать рабочих дней.

**ПРИКАЗ МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 05.12.2014 № 801Н
О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ПРИЛОЖЕНИЯ № 1 И № 2 К ПРИКАЗУ МИНИСТЕР-
СТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРА-
ЦИИ ОТ 12 АПРЕЛЯ 2011 Г. № 302Н «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПЕРЕЧНЕЙ ВРЕДНЫХ
И (ИЛИ) ОПАСНЫХ ПРОИЗВОДСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ И РАБОТ, ПРИ ВЫПОЛНЕ-
НИИ КОТОРЫХ ПРОВОДЯТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ И ПЕРИОДИ-
ЧЕСКИЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОСМОТРЫ (ОБСЛЕДОВАНИЯ), И ПОРЯДКА ПРОВЕДЕ-
НИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫХ И ПЕРИОДИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ
ОСМОТРОВ (ОБСЛЕДОВАНИЙ) РАБОТНИКОВ, ЗАНЯТЫХ НА ТЯЖЕЛЫХ РАБОТАХ
И НА РАБОТАХ С ВРЕДНЫМИ И (ИЛИ) ОПАСНЫМИ УСЛОВИЯМИ ТРУДА**

Суть документа » Внесены уточнения в перечень вредных и опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры. Приказом Минздравсоцразвития от 12.04.2011 № 302н регламентированы особенности проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда.

Согласно принятым изменениям указывается, в частности, что на работах, связанных с управлением транспортными средствами категории «А», переосвидетельствование должно осуществляться не реже 1 раза в год. При управлении транспортными средствами категории «А1» полная глухота исключается из числа дополнительных медицинских противопоказаний при приеме на работу.

В ряде случаев уточняется, какие виды лабораторных и функциональных исследований применяются при диагностике конкретных нарушений.

**ПРИКАЗ МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 02.12.2014 № 796Н
ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОЛОЖЕНИЯ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ, В ТОМ ЧИСЛЕ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ, МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Суть документа » Утвержден порядок оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

Установлено, в частности, что специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь оказывается в медицинских организациях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, имеющих лицензию на медицинскую деятельность. Высокотехнологичной является медицинская помощь, оказываемая с использованием новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью.

Установлены условия и порядок получения специализированной (в том числе высокотехнологичной) медицинской помощи. В приложении к приказу приводится порядок направления пациентов в медицинские организации и иные организации, подведомственные федеральным органам исполнительной власти, для оказания специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи.

Признан утратившим силу приказ Минздрава России от 16.04.2010 № 243н «Об организации оказания специализированной медицинской помощи», которым был утвержден Порядок организации оказания специализированной медицинской помощи.

**ПРИКАЗ МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 14.11.2014 № 733Н
ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ФОРМЫ И ПОРЯДКА ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОТЧЕТА О РАСХОДАХ БЮДЖЕТА СУБЪЕКТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, ИСТОЧНИКОМ ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ КОТОРЫХ ЯВЛЯЮТСЯ ИНЫЕ МЕЖБЮДЖЕТНЫЕ ТРАНСФЕРТЫ ИЗ ФЕДЕРАЛЬНОГО БЮДЖЕТА БЮДЖЕТАМ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ НА РЕАЛИЗАЦИЮ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И ГЕПАТИТОВ В И С**

Суть документа » Утверждены форма отчета о расходах бюджета субъекта Российской Федерации, источником финансового обеспечения ко-

торых являются иные межбюджетные трансферты из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на реализацию мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции и гепатитов В и С и порядок представления отчета.

Отчет представляется уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в Департамент охраны здоровья и санитарно-эпидемиологического благополучия человека Министерства здравоохранения Российской Федерации ежеквартально не позднее 10-го числа месяца, следующего за отчетным кварталом, нарастающим итогом на бумажном носителе и в электронном виде через информационную систему Министерства здравоохранения Российской Федерации по адресу: <http://db.roszdravrf.ru>.

**ПРИКАЗ МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 31.10.2014 № 696Н
ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОЛОЖЕНИЯ ОБ ОПЛАТЕ ТРУДА РАБОТНИКОВ ФЕДЕРАЛЬНЫХ КАЗЕННЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ, ПОДВЕДОМСТВЕННЫХ МИНИСТЕРСТВУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, ПО ВИДУ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ «ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ»**

Суть документа » Установлены условия оплаты труда, включая размеры окладов (должностных окладов), выплат компенсационного и стимулирующего характера, работников федеральных казенных учреждений – психиатрических больниц (стационаров) специализированного типа с интенсивным наблюдением Министерства здравоохранения Российской Федерации, федерального казенного учреждения «Терский лепрозорий» Министерства здравоохранения Российской Федерации и федерального казенного учреждения «Республиканская клиническая инфекционная больница» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Условия оплаты труда, в том числе размеры окладов (должностных окладов), выплат компенсационного и стимулирующего характера, работников федеральных казенных учреждений, подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации, являются обязательными для включения в трудовой договор, заключаемый с работником учреждения.

Оплата труда работников учреждений, занятых по совместительству, а также на условиях неполного рабочего времени, производится пропорционально отработанному времени.

Определение размеров заработной платы работников учреждений по основной должности и по должности, занимаемой в порядке совместительства, производится отдельно по каждой из должностей.

Заработная плата работников учреждений предельными размерами не ограничивается.

ПРИКАЗ МИНОБРНАУКИ РОССИИ ОТ 06.02.2015 № 58

ОБ УСТАНОВЛЕНИИ СООТВЕТСТВИЯ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПО ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ ПРОГРАММАМ КЛИНИЧЕСКОЙ ОРДИНАТУРЫ И ИНТЕРНАТУРЫ, РЕАЛИЗУЕМЫМ В РЕСПУБЛИКЕ КРЫМ И ГОРОДЕ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗНАЧЕНИЯ СЕВАСТОПОЛЕ ДО ДНЯ ПРИНЯТИЯ В РОССИЙСКУЮ ФЕДЕРАЦИЮ РЕСПУБЛИКИ КРЫМ, СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ – ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ ПО ПРОГРАММАМ ОРДИНАТУРЫ, УСТАНОВЛЕННЫМ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Суть документа ➤ По согласованию с Министерством здравоохранения Российской Федерации установлено соответствие специальностей последиplomного образования по образовательным программам клинической ординатуры и интернатуры, реализуемым в Республике Крым и городе федерального значения Севастополе до дня принятия в Российскую Федерацию Республики Крым, специальностям высшего образования – подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры, установленным в Российской Федерации.

ПРИКАЗ МИНТРУДА РОССИИ ОТ 30.01.2015 № 52Н

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПРАВИЛ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ БЮДЖЕТУ ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ МЕЖБЮДЖЕТНЫХ ТРАНСФЕРТОВ ИЗ ФЕДЕРАЛЬНОГО БЮДЖЕТА НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ИНВАЛИДАМ ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ РЕАБИЛИТАЦИИ И УСЛУГ, ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ КАТЕГОРИЙ ГРАЖДАН ИЗ ЧИСЛА ВЕТЕРАНОВ ПРОТЕЗАМИ (КРОМЕ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ), ПРОТЕЗНО-ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ ИЗДЕЛИЯМИ, УСЛУГАМИ, ВКЛЮЧАЯ РАСХОДЫ НА ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ УКАЗАННЫХ ПОЛНОМОЧИЙ

Суть документа ➤ Установлен порядок предоставления бюджету Фонда социального страхования Российской Федерации межбюджетных трансфертов из федерального бюджета на предоставление инвалидам технических средств реабилитации и услуг, обеспечение отдельных категорий граждан из числа ветеранов протезами (кроме зубных протезов), протезно-ортопедическими изделиями, услугами, включая расходы на осуществление указанных полномочий, и распределения межбюджетных трансфертов между территориальными органами Фонда социального страхования Российской Федерации.

Нужна программа улучшения здоровья населения, а не системы здравоохранения

**Ю.М. Комаров,**

д-р мед. наук, проф., заслуженный деятель науки РФ, вице-президент Российской медицинской ассоциации, эксперт Национальной медицинской палаты, член Комитета гражданских инициатив, член Бюро исполкома Пироговского движения врачей, член комитета ВОР по качеству медицинской помощи, действительный член WONCA и ISQua

Уважаемый Юрий Михайлович, выступая 25 февраля на Правительственном часе в Государственной Думе¹, Министр здравоохранения России В.И. Сковорова представила доклад о положительных тенденциях в сфере здравоохранения – о снижении смертности и увеличении продолжительности жизни, о повышении доступности высоких медицинских технологий и т. д. Значит ли это, что система управления медицинскими организациями с помощью экономических рычагов доказывает свою высокую эффективность?

Я должен сказать, что в докладах и интервью министра В.И. Сковорова всегда подчеркиваются успехи – даже если влияние здравоохранения на показатели, которые она приводит, минимальное.

Например, все время говорится о снижении смертности от разных причин. А я могу привести данные исследований, показывающих, что здравоохранение крайне мало влияет на здоровье – где-то на 14%, не более. О каких же успехах можно вести речь, когда основные проблемы лежат вне системы здравоохранения? Состояние окружающей среды, вредные условия труда, неправильное питание – они формируют нездоровье. А к нам люди поступают только на «ремонтно-восстановительные работы». Как это может улучшить здоровье населения? Это с одной стороны.

С другой стороны, как рассчитывается продолжительность жизни? Весь мир считает по методу Чанга: строятся таблицы,

с помощью которых определяется вероятность дожить до определенного возраста, и проводится оценка элиминационных резервов. То есть, рассчитывают, как повлияет на продолжительность жизни снижение смертности от конкретных причин в определенных возрастно-половых группах. Например, от сердечно-сосудистых заболеваний в основном умирают люди 72–75 лет, а средний возраст умерших от инфекций – около 30 лет, от травм и отравлений – 35 лет. С учетом численности людей в разных возрастных группах снижение смертности от разных причин окажет разное влияние на общую смертность.

Министр заявила, что за 9 месяцев 2014 г. удалось увеличить продолжительность жизни почти на 9,6 месяцев – с 70,8 лет до 71,6 года². Это вообще какой-то фантастический рекорд, все равно что пробежать 100-метровую дистанцию за 2 секунды.

Вообще, вся наша статистика очень лукавая. Демографические показатели отражают самые разные процессы, а мы по этим показателям судим, что происходит внутри популяции. А это очень неточные индикаторы. К примеру, возьмем фертильность – число рождений на 1 тыс. женщин детородного возраста. Казалось бы, что тут можно убавить или прибавить? Но у нас детородным считается возраст 15–49 лет, а во всем мире – 15–44 года. То есть фактически мы искусственно занижаем показатель фертильности. Так же и продолжительность жизни: при пересчете разница составляет 2–3 года, а это много.

Хорошо, но тогда по каким показателям надо оценивать эффективность работы системы здравоохранения?

В качестве примера: есть формы рака, которые трудно выявляются, как правило, на 3–4-й стадии, например, рак легких, желудка и т. д. И есть те, которые легко увидеть и которые должны обязательно выявляться на ранних стадиях, например, рак кожи, рак молочной железы. Процент выявления таких раков на ранних стадиях является хорошим индикатором для оценки работы всей медицинской службы.

Министр об этих показателях тоже говорит: например, что за год выявляемость онкозаболеваний выросла на 10–18% и 70% из них – на ранних стадиях³. Но достоверность этих цифр вызывает большие сомнения – при диспансеризации используются такие методы, как определение онкомаркера ПСА, который дает много как ложноположительных, так и ложноотрицательных результатов⁴.

Еще учитывается мнение пациентов – они же конечные потребители, здравоохранение существует для них. Президент говорит, что граждане недовольны качеством здравоохранения⁵, хотя недовольны – это очень мягко сказано.



Эксперты Комитета гражданских инициатив довольно критично относятся к системе ОМС. Например, Г.Э. Улумбекова считает, что это «финансовый отдел», который аккумулирует и распределяет средства по правилам, установленным государством. В то же время Президент России В.В. Путин ставит задачу полностью перейти на страховые принципы к 1 января 2016 г.⁶ На Ваш взгляд, чего больше в системе обязательного медицинского страхования – плюсов или минусов?

Дело в том, что президенту говорят только про модель медицинского страхования, а про другие варианты ему никто не говорит. А страхование у нас действительно не получилось: у страховых компаний нет финансовых рисков, есть просто целевой налог.

Знаете, как устроена лучшая сейчас система медицинского страхования в Нидерландах? Там в основе не пациент, не врач и не медицинская организация, а страховая компания. Она заключает договоры с медицинскими организациями на тендерной основе, оценивая цены и качество услуг. Страховые компании выбирают медицинские организации, а пациенты выбирают страховую компанию, которая предложит им наилучший вариант. Вот что должно быть.

У нас обязательное медицинское страхование вводилось как вынужденная мера, когда не было денег в бюджете. На первый взгляд, оно выглядит привлекательным и позволяет разделить поставщиков услуг и плательщиков, чтобы не было коррупции. Но на деле эта идея показала свою несостоятельность. Она не подходит к нашей стране – сейчас объясню почему.

Первое: в системе страхования должна быть конкуренция медицинских учреждений. Возьмем, скажем, Германию, которая вся опутана сетью дорог. Там только в одной земле Северный Рейн – Вестфалия 498 крупных городов, и все близко. У нас на всю страну – 164, совсем другие расстояния и дороги. Там можно организовать конкуренцию: больница если не в этом городе, так в соседнем. У нас это невозможно. И потом, какая может быть конкуренция, когда во многих населенных пунктах просто нет нужных врачей?

Второе: все участники этой любой системы медицинского страхования заинтересованы в увеличении числа больных. Чем больше больных, тем больше денег поступит в медицинское учреждение, тем больший доход получит страховая компания, тем больше прибыль будет у фармацевтических фирм. Мало того, чем больше тяжелых больных, тем лучше: они больше времени проведут в больнице, больше будут потреблять лекарств.

По идее, государство должно быть заинтересовано в увеличении числа здоровых людей. Если вся система здравоохранения заинтересована в увеличении числа больных, то возникает противоречие.

Но это же одинаково для любой страны — что для России, что для Нидерландов, где медицинское страхование хорошо работает.

Да, согласен. Но эта система бесперспективна везде.

В той же Германии еще лет 20 тому назад было все хорошо. Но там давно увеличивается продолжительность жизни и растет число пожилых людей, которые потребляют больше медицинской помощи. Денег стало не хватать.

Попытались увеличить размер страхового взноса — против этого восстали предприниматели, работники и профсоюзы. Затем попытались уменьшить расходы на пожилых, ввести минимальные стандарты лечения — было сказано, что это нарушение прав человека. Тогда попытались уменьшить доходы врачей — я был на двух съездах Немецкой врачебной палаты, где они обсуждали этот вопрос и решили не уменьшать доходы врачей.

Чтобы поддержать систему, все время требуются дотации из бюджета. Эта система затратная.

Вы думаете, бюджетная модель будет избавлена от необходимости постоянно увеличивать расходы на здравоохранение?

Да. Она, более эффективная и больше сдерживает расходы.

Вы часто говорите о бесполезности страховых компаний, которые только штрафуют медицинские организации за любые, даже незначительные нарушения. А они говорят, что защищают права пациентов на качественную помощь, а санкции применяют по результатам экспертиз, которые проводят врачи, а не работники страховых компаний. Как Вы считаете, санкции действительно влияют на качество помощи?

Нет, не влияют. Фактически проверяют ведь не качество помощи, а правильность ведения документации. Большинство ошибок, которые они находят, связаны с ведением документации. На оформление документации уходит очень много времени, и есть столько нюансов, что ошибки почти неизбежны. Тогда страховые компании налагают штрафные санкции, больше половины которых имеют право использовать по своему усмотрению.

Главное, речь идет не о том, как лечат, а о том, как отчитываются.

А когда Минздрав примет критерии оценки качества медицинской помощи, будет лучше? Вообще, это правильный механизм — рублем наказывать учреждение за недостаточное количество медицинской помощи?

Нет, неправильный. Штрафные санкции означают, что кто-то из больных не получит должную помощь, потому что на это не

будет денег. Это неправильный подход, рычаги влияния должны быть стимулирующими. Надо поощрять за хорошую работу, а не наказывать за плохую.

Хотя в советское время за качество медицинской помощи денег не добавляли, тогда действовали моральные стимулы. К сожалению, сейчас все определяют деньги, а моральные стимулы никому не нужны. Сегодня каждый нематериальный стимул должен быть подкреплён материальным.

Сейчас проходит согласование законопроект⁷, который предусматривает, что штрафные суммы будут направляться на повышение квалификации медицинского персонала. Но согласно Трудовому кодексу повышение квалификации работников должен оплачивать работодатель, а обязанность территориального фонда ОМС по 326-му закону – защита прав застрахованных. Может быть, правильнее использовать эти деньги на выплату компенсаций вреда, причиненного пациентам?

Да, есть такое. Думаю, что результат будет один: страховые организации не будут заинтересованы в проверках – исчезнет материальный стимул, который есть сейчас. На повышении квалификации врачей это никак не отразится. Отдавать штрафы, которые налагаются страховыми компаниями на медицинские организации, на выплаты пациентам тоже странно – есть закон о защите прав потребителей и Кодекс об административных правонарушениях, там все прописано. Повторю, на мой взгляд, от штрафов в ОМС нужно просто отказаться.

Этот же законопроект предлагает закупать за счет штрафов недостающее медицинское оборудование (а стандарты оснащения – это часть порядков оказания медицинской помощи). То есть предлагается оштрафовать медицинскую организацию, а потом заставить ее купить за эти же деньги то, что записано в порядках, но что главный врач не хотел покупать? Притом что Счетная палата и ФАС выявляют множество случаев простоя имеющегося оборудования⁸. Как Вы оцениваете эту ситуацию?

То же самое – я думаю, что хотят просто снизить заинтересованность страховых компаний. Мы идем типичным советским путем, нарушая принцип обеспечения качества путем стимулирования хорошей работы. Это неправильно, надо разбираться, что и почему плохо работает, устранять причины этого и создавать позитивную мотивацию.

Больше того, мы начинаем администрировать расходы медицинских организаций «сверху». Таким образом, уменьшается самостоятельность главного врача как самостоятельного руководителя учреждения.

В недавнем докладе Аналитического центра при Правительстве РФ⁹ сказано, что сегодня более половины пациентов платят за лечение в стационарах и треть – за амбулаторное лечение. Плохо это или хорошо, если 83-й Федеральный закон принимался с целью привлечения в отрасль внебюджетных денег и с учетом этих средств затраты на здравоохранение в России составляют уже 6,3% ВВП¹⁰?

То, что Вы говорите, совпадает с предложенной Минздравом стратегией: ввести дополнительное медицинское страхование «ОМС+». Провели исследования и сказали, что до 30% россиян готовы доплачивать за медицинскую помощь. Но 30% – это не вся страна, остальные не готовы или не могут.

Я отношусь к этой идее негативно. Какие бы мы ни принимали законы, главенствует у нас все-таки Конституция. Это основополагающий документ страны, и там все очень четко записано. Сейчас уже идет замещение того, что должно быть бесплатно, на платное – вот что вызывает возмущение. Куда смотрит Конституционный Суд? Медицинская помощь должна быть вся бесплатной, а сервисные услуги могут быть платными – тогда все нормально.

Нельзя медицинскую помощь делить на платную и бесплатную – сразу возникает неравенство у людей. А перед смертью или болезнью все равны.

В стратегии, предлагаемой Минздравом¹¹, говорится, что система «ОМС+» будет осуществляться в организациях, которым будет запрещено оказывать платные услуги. Такой вариант лучше?

Здесь идет речь о замене платных услуг на добровольное медицинское страхование. Это более цивилизованные отношения пациента и медицинской организации. Но всю основную помощь нужно оказывать бесплатно.

Надо, чтобы у людей был выбор. Платные услуги – когда ты должен прямо сейчас, когда тебе нужна помощь, отдать деньги сразу и в полном объеме. Какой тут выбор? А ДМС – это солидарная система: купил страховку, если понадобится, можно ей воспользоваться.

Во многих странах делят обязательное медицинское страхование и добровольное по доходам людей. Если в Нидерландах человек получает 3 тыс. евро в месяц, то он, платя все налоги, не подлежит обязательному медицинскому страхованию и должен покупать страховку ДМС.

Выводы, сделанные в январском докладе ФАС России¹², с частью которых можно соглашаться или не соглашаться, тем не менее однозначно говорят о больших проблемах с нормативно-правовым регулированием отрасли. В то же время Минздрав демонстрирует готовность к диалогу с профессиональным сообществом: например,



Национальная медицинская палата, экспертом которой Вы являетесь, проводит экспертизу всех новых отраслевых приказов. Что нужно сделать, чтобы эта работа была более продуктивна?

Я считаю, что это полностью правильный доклад. Крайне слабая нормативная база здравоохранения – это укор не Росздравнадзору, а Минздраву. Нужно провести очень серьезную ревизию регламентирующих документов, и это огромная работа. Я не думаю, что она под силу одному ведомству, она требует привлечения большого количества разных специалистов. Но от того, что мы говорим, что это все плохо, ничего не меняется. Что бы я мог предложить? Создать Национальный совет по охране здоровья при Президенте России с функциями координации системы охраны здоровья и системы оказания медицинской помощи. Например, в Норвегии есть Национальный совет по здравоохранению и социальному обеспечению.

Нужно стремиться к развитию гражданского общества. Могу привести пример Немецкой врачебной палаты: она устроена так, что в ней такие же подразделения, как в Минздраве, только с меньшим количеством сотрудников. И они вместе определяют стратегию развития отрасли. То есть они составляют вместе проекты приказов, а не просто дают предложения по поправкам в уже написанные документы. Потом, если мы смотрим только на ведомственные приказы, мы опираемся на то, что есть в принятых законах. А если там ошибки? Наверное, при Национальном совете должен быть институт медицинского права, который займется всем здравоохранным законодательством.

Что мы сейчас делаем неправильно? Россия – единственная страна, которая разрабатывает программу улучшения системы здравоохранения. Во всем мире создают программы улучшения здоровья населения. То есть у нас в основе всех нормативных правовых документов – медицинское учреждение, а не пациент. Это надо менять.

Беседовал А.В. Иванов

¹ <http://www.rosminzdrav.ru/news/2015/02/25/2243-ministr-veronika-skvortsova-vystupila-s-dokladom-v-gosudarstvennoy-dume-v-ramkah-pravitelstvennogo-chasa>.

² <http://tass.ru/obschestvo/1614450>.

³ <http://www.rosminzdrav.ru/news/2015/02/25/2243-ministr-veronika-skvortsova-vystupila-s-dokladom-v-gosudarstvennoy-dume-v-ramkah-pravitelstvennogo-chasa>.

⁴ <http://vestnik.mednet.ru/content/view/519/30/lang.ru/>.

⁵ <http://www.kremlin.ru/news/47250>.

⁶ http://www.ng.ru/health/2015-02-17/8_ensurance.html, <http://www.svoboda.org/content/transcript/26686947.html>, <http://www.kremlin.ru/assignments/items?til=31.03.2015&since=01.03.2015&sort=expiring&page=3>.

⁷ <http://www.kremlin.ru/news/47208>.

⁸ http://www.ach.gov.ru/press_center/news/20731, http://fas.gov.ru/fas-news/fas-news_36220.html.

⁹ <http://ac.gov.ru/files/publication/a/4758.pdf>.

¹⁰ <http://www.bloomberg.com/visual-data/best-and-worst/most-efficient-health-care-2014-countries>.

¹¹ <http://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/strategiya-razvitiya-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii-na-dolgosrochnny-period>.

¹² http://fas.gov.ru/analytical-materials/analytical-materials_31162.html.

Семинар

Штатное планирование и управление персоналом медицинской организации в условиях дефицита финансирования

23–24 апреля 2015 г. | 10:00–17:00 | Москва, ГК «Измайлово»

Докладчики:

Сон И.М., заместитель директора
ЦНИИОИЗ Минздрава России

Шипова В.М., проф. НИИ
общественного здоровья
им. Н.А. Семашко

Кадыров Ф.Н., проф.,
заместитель директора
ЦНИИОИЗ Минздрава России

Программа семинара:

- Обеспеченность медицинскими кадрами: нормативы, текущая ситуация, результативность проводимых мероприятий
- Номенклатура должностей медицинских работников. Квалификационные требования, профессиональные стандарты, система аккредитации
- Методика расчета потребности во врачебных кадрах с учетом программы госгарантий, роли работника в лечебно-диагностическом процессе, видов и условий оказываемой им медицинской помощи
- Анализ современной нормативно-правовой базы по труду и возможности ее использования в практике здравоохранения
- Современные подходы к организации системы нормирования труда в медицинских организациях
- Роль и место штатного расписания при введении эффективного контракта
- Показатели деятельности медицинской организации и формирование мотивации работников: цели, методы, эффективность. Определение приоритетов в условиях финансового кризиса
- Системы оплаты труда, применяемые в здравоохранении. Структура заработной платы. Методика расчета фонда заработной платы
- Установление должностных окладов и компенсационных выплат в сфере здравоохранения
- Выбор показателей, критериев и условий для определения размера стимулирующей части. Надбавки и премии. Возможность применения финансовых санкций к медработнику

Условия участия

Стоимость: **19 706 руб.** с НДС (включает участие в мероприятии, обед, кофе-паузу, комплект раздаточных материалов)

Внимание! Специальные условия участия:

- **Скидка 10%** для подписчиков журналов, пользователей электронных систем и участников мероприятий компании «МЦФЭР», стоимость участия **17 759 руб.** Ваша экономия – **1947 руб.**
- **Скидка 15%** при покупке 2 и более участия в семинаре от одной организации, стоимость участия **16 756 руб.** Ваша экономия – **2950 руб.**

Реклама



Для участия зарегистрируйтесь по тел.: 8 (495) 937-9082

Экспертно-медицинские принципы при реализации нового способа оплаты медицинской помощи на основе КСГ в системе ОМС

ключевые слова

экспертиза качества медицинской помощи, КСГ, стандарты медицинской помощи, клинические протоколы

А.А. Старченко,
д-р мед. наук, проф.,
председатель
Национального
агентства по
безопасности
пациентов и
независимой
медицинской
экспертизе,
ответственный
секретарь Обще-
ственного совета
по защите прав
пациентов при
Росздравнадзоре,
член Öffentlich-
го совета Минздра-
ва России



Написать автору
WWW.ZDRAV.RU

ПРИМЕНЕНИЕ В СИСТЕМЕ ОМС НОВОГО СПОСОБА ОПЛАТЫ СТАЦИОНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ЗАКОНЧЕННЫМ СЛУЧАЯМ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВКЛЮЧЕННЫХ В КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЕ ГРУППЫ (ДАЛЕЕ – КСГ), ПОКАЗЫВАЕТ, ЧТО ДОБИТЬСЯ ЗНАЧИМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ НОВОВВЕДЕНИЙ НЕВОЗМОЖНО, ЕСЛИ НЕ ИЗМЕНИТЬ СУЩЕСТВУЮЩИЕ ПОДХОДЫ К КОНТРОЛЮ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.

ОТСУТСТВИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО КОНТРОЛЯ ПРИВОДИТ К ТОМУ, ЧТО МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ УКАЗЫВАЮТ В СЧЕТАХ САМЫЕ «ДОРОГОСТОЯЩИЕ» КОДЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ИСПОЛЬЗУЮТ МАКСИМАЛЬНЫЕ ПОВЫШАЮЩИЕ КОЭФФИЦИЕНТЫ.

ВСЕ ЭТО СОЗДАЕТ РИСК НЕДОСТАТОЧНОСТИ ФИНАНСОВЫХ СРЕДСТВ В СИСТЕМЕ ОМС И МОЖЕТ ПРИВОДИТЬ К СНИЖЕНИЮ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.

Согласно действующему законодательству об ОМС, страховая медицинская организация (далее – СМО) должна стоять на позициях защиты интересов застрахованного лица – потребителя медицинской помощи, оплата которой на стационарном этапе должна осуществляться на основе КСГ. Поэтому как СМО, так и медицинские организации и территориальные фонды ОМС должны четко представлять себе задачи СМО, связанные с переходом на новую систему оплаты медицинской помощи.

На первый взгляд, для пациента ничего не изменится: медицинские организации, работающие в системе ОМС, остаются прежними, а врачи и средний медицинский персонал будут работать так же, как и раньше.

Однако, главной потребительской ценностью медицинской услуги является ее надлежащее качество. Поэтому главный вопрос: как изменится качество медицинских услуг при внедрении новой системы оплаты?

ЭКСПЕРТИЗА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ – ИНСТРУМЕНТ БАЛАНСА ЗАЩИТЫ ПРАВ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА, НА ОСНОВАНИИ КОТОРОГО МОГУТ БЫТЬ ВОССТАНОВЛЕНЫ ПРАВА ПАЦИЕНТА И ВЫВЕДЕН ИЗ-ПОД УДАРА НЕВИНОВНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ РАБОТНИК.

М.А. Уметов, д-р мед. наук, проф., президент Врачебной палаты Кабардино-Балкарской Республики

Вроде бы, ответ очевиден – в результате нововведений качество должно повыситься. Но тогда закономерен второй вопрос: за счет чего это произойдет?

Важно ➤ СМО, и медицинские организации, и пациенты должны понимать, что введение системы КСГ связано, прежде всего, с необходимостью экономии денежных средств ОМС, которых не хватало при предыдущих формах оплаты медицинской помощи ■

Следовательно, вопрос формулируется несколько по-другому: как будет обеспечено надлежащее качество медицинской помощи при уменьшении размера ее оплаты?

Способ оплаты по КСГ предполагает объединение нескольких родственных по этиологии, патогенезу, течению и исходам нозологических форм заболеваний в одну группу.

С точки зрения гарантий качества медицинской помощи, по сравнению со способами оплаты по законченному случаю лечения заболевания по стандартам медицинской помощи (или медико-экономическим стандартам) это – шаг назад. Прежние способы оплаты были увязаны с обязательностью выполнения услуг, указанных в стандартах (требуемых для установления диагноза и достижения необходимого результата лечения).

Теория управления предполагает, что если изменяется одна составляющая, то это должно компенсироваться другими составляющими («система сдержек и противовесов»).

Речь идет о том, что при оплате по тарифам КСГ (то есть, усредненным для группы нозологий, а для отдельной нозологии) создается опасность стимулирования «сверхэкономного» отношения к лечению пациента: минимизации лечебно-диагностических мероприятий

Оценка рисков



НЕИСПОЛНЕНИЕ ТРЕБОВАНИЙ ФЕДЕРАЛЬНОГО НОРМАТИВНОГО АКТА ОБ УТВЕРЖДЕНИИ СТАНДАРТА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ГРОЗИТ УГОЛОВНЫМ ПРЕСЛЕДОВАНИЕМ ВРАЧА И ГРАЖДАНСКО-ПРАВОВЫМ КОНФЛИКТОМ ДЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ



ВВЕДЕНИЕ ОПЛАТЫ ПО КСГ БОЛЕЗНЕЙ В ОТСУТСТВИЕ ДОЛЖНОГО ЭКСПЕРТНОГО КОНТРОЛЯ СО СТОРОНЫ СМО – УГРОЗА ПРАВУ ПАЦИЕНТА НА ПОМОЩЬ НАДЛЕЖАЩЕГО КАЧЕСТВА



ОТКАЗ ОТ ОБЯЗАТЕЛЬНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОТОКОЛОВ – ОТКАЗ ОТ ПРОФЕССИОНАЛИЗМА ПРАКТИЧЕСКОГО ВРАЧА В УГОДУ ЭКОНОМИЧЕСКИМ ИНТЕРЕСАМ МЕНЕДЖЕРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

с тем, чтобы сформировать разницу между суммой оплаты и реальными затратами медицинской организации на диагностику и лечение.

В этом случае единственным методом «сдержек и противовесов» остается контроль за оказанием медицинской помощи со стороны независимой организации – СМО. Таким образом, контрагенты СМО (территориальные фонды ОМС и медицинские организации) должны понимать необходимость и важность ужесточения контроля за качеством медицинской помощи.

Сегодня экспертизе подвергаются всего 8–10% медицинской документации. Логика оформления счетов за медицинские услуги, низкий уровень финансовых санкций за приписки и 20-летний опыт экспертной деятельности автора показывают, что руководство медицинских учреждений выставляет счета за оказанную помощь по самым высоким тарифам. Если эксперт и выявляет несоответствие, то с оплаты снимается только конкретная позиция счета, а остальные приписки, скорее всего, не будут выявлены из-за ограниченности времени работы эксперта.

Важно ➤ Вводя новый способ оплаты, территориальный фонд ОМС должен ясно представлять себе потенциальный риск нехватки средств в случае, если в расчете на невозможность проведения тотальной экспертизы манипулирование кодами и коэффициентами станет массовым ■

Отметим, что на протяжении последних 20 лет подобное манипулирование всегда имело место в системе ОМС, если один и тот же случай мог быть оплачен по разным тарифам.

Например, в 2010–2013 гг. в одном из субъектов РФ тариф медико-экономического стандарта (далее – МЭС) «Инфаркт миокарда неосложненный с подъемом

сегмента ST» (включающего нозологии неосложненного инфаркта миокарда I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9) составлял 43 554 руб., тариф МЭС «Инфаркт миокарда осложненный» (включающего ряд тяжелых осложнений, требующих ряда дополнительных диагностических, консультационных и лечебных мероприятий) – 33 460 руб., а тариф МЭС «Инфаркт миокарда неосложненный с реконструктивными операциями» (включающего те же нозологии I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9) – 22 941 руб.

Сравнительный анализ показал практически полную идентичность состава указанных МЭС:

- по длительности госпитализации (15 койко-дней);
- по набору лабораторных диагностических услуг;
- по набору консультативных услуг;
- по набору терапевтических вмешательств (даже более того, «дешевый» МЭС имел более широкий перечень методов лечения, чем дорогой, и включал электрокардиостимуляцию, электрокардиостимуляцию чреспищеводную, гемотрансфузии).

Таким образом, имело место необоснованное завышение тарифов некоторых МЭС, что могло мотивировать медицинские организации на их произвольное применение в отчетных медицинских и финансовых документах.

Результат такого «тарифного регулирования» не заставил себя ждать: из счетов медицинских организаций исчезли случаи осложненных инфарктов миокарда!

Необоснованно высокий тариф МЭС «Инфаркт миокарда, неосложненный с подъемом ST» (43 554,00 руб.) по сравнению со стоимостью МЭС «Инфаркт миокарда осложненный» (33 460 руб.) создает экономическую мотивацию для невыявления осложнений, их недоучета и (или) невынесения их в окончательный диагноз. Это, в свою очередь, приведет к отсут-

ствию соответствующих рекомендаций для пациента и лечащего врача на следующем этапе оказания медицинской помощи – то есть, к возможному причинению вреда здоровью и жизни пациента.

Важно ➤ Бесконтрольность при переходе на оплату по КСГ приведет к тому, что в выставляемых счетах на оплату медицинские организации будут указывать самые дорогостоящие коды услуг и самые высокие поправочные коэффициенты из всех возможных ■

Такое «перетягивание финансового одеяла» в здравоохранении субъекта РФ приведет к недостаткам в финансировании, что, в свою очередь, приведет к снижению качества медицинской помощи.

И врачи, и пациенты должны иметь представление о том, что предметом контроля должны быть следующие «критические точки».

Во-первых, при оплате по КСГ возникнет соблазн выписывать пациента как можно раньше (чтобы получить фиксированный размер финансовых средств при сокращении фактических затрат на лечение). Отсутствие контроля на этом этапе приведет к тому, что пациентов будут выписывать недолеченными.

Во-вторых, если раньше выполнение каждой услуги, указанной в стандарте медицинской помощи, было необходимо отражать в медицинской карте стационарного больного, то теперь создается впечатление, что при оплате по усредненным тарифам для группы заболеваний (КСГ) дорогостоящие методы диагностики и лечения можно не использовать.

Важно ➤ Существенным недостатком способа оплаты по КСГ является отказ от выделения самого дорогостоящего этапа лечения – реанимационной помощи. Погружение ее в тариф КСГ приведет к тому, что реанимационная служба останется

недофинансированной, что очень быстро скажется на качестве ее работы ■

В-третьих, тяжелые больные могут быть дискриминированы в праве на госпитализацию в лечебное учреждение. Это связано с тем, что сроки лечения таких пациентов превышают «средние» (то есть, создаются дополнительные затраты, не покрываемые усредненным тарифом данной КСГ).

В-четвертых, требует четкого регулирования процесс установления коэффициентов тяжести состояния больного. Без этого коэффициенты во всех случаях лечения быстро станут максимальными, а все пациенты окажутся самыми тяжелыми.

В-пятых, серьезного экспертного контроля требует процесс установления управленческих коэффициентов. Существует риск конфликта интересов руководителей медицинских организаций и органов управления здравоохранением (коррупционная составляющая).

Введение нового способа оплаты по КСГ требует взвешенного подхода, подготовки к новому документообороту, и, самое главное, стимулирования экспертной деятельности СМО.

С точки зрения экспертного контроля, узловыми являются:

1. Случаи лечения с кратковременным пребыванием в стационаре (с учетом экономических предпосылок для обоснованно ранней выписки пациента без достижения необходимого клинического результата).

2. Исполнение сложных и финансово затратных инструментальных и лабораторных методов исследования, показанных пациенту с целью дифференциальной диагностики, коррекции лечения и определения прогноза (с учетом экономической мотивации снижения затрат).

3. Случаи отказа в госпитализации пациентов пожилого возраста, имеющих

тяжелые формы и варианты течения заболеваний, множественные сопутствующие заболевания.

4. Применение дифференцированных коэффициентов тяжести состояния – (с учетом возможности злоупотреблений, которые создают риск необоснованного увеличения финансового бремени системы ОМС).

5. Применения управленческих коэффициентов для медицинских организаций (с учетом необходимости антикоррупционного контроля и оценки дефектов медицинской помощи, оказанной в конкретной организации).

Множественность, альтернативность и предпочтение различных научных школ (и даже различных социально-политических платформ) профессиональными медицинскими некоммерческими организациями ставят еще один вопрос: об использовании на практике разработанных ими клинических рекомендаций (протоколов лечения).

Анализ многочисленных клинических рекомендаций (протоколов лечения), принятых различными профессиональными некоммерческими организациями (в соответствии со ст. 76 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации») показывает, что для надлежащего осуществления экспертной деятельности в сфере ОМС необходимо создать независимую комиссию, уполномоченную на предварительную оценку и отбор клинических рекомендаций и разработать критерии такого отбора.

По мнению автора, к критериям отбора могут быть отнесены:

1. Критерии, основанные на определении качества медицинской помощи, данном в ст. 2 Закона РФ № 323-ФЗ: «совокупности характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения

и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата». Например:

- наличие научно обоснованных данных о временных параметрах начала оказания медицинской помощи и продолжительности проведения основных диагностических и лечебных мероприятий («своевременность оказания медицинской помощи»);
- наличие и описание методов диагностики, использование которых с 95% доверительным интервалом позволит установить правильный диагноз («правильность выбора методов диагностики»);
- наличие и описание методов дифференциальной диагностики и алгоритм (последовательность) их применения, использование которых с 95% доверительным интервалом позволит установить правильный дифференциальный диагноз («правильность выбора методов диагностики»);
- наличие и описание методов лечения, использование которых с 95% доверительным интервалом позволит начать правильное лечение («правильность выбора методов лечения и реабилитации»);
- наличие и описание методов лабораторной и инструментальной диагностики и алгоритм (последовательность) их применения, использование которых с 95% доверительным интервалом позволит осуществить правильную коррекцию проводимой терапии («правильность выбора методов лечения и реабилитации»);
- описание планирования результата оказания медицинской помощи («степень достижения запланированного результата»);
- наличие критериев достижимости различных результатов оказания медицинской помощи («степень достижения запланированного результата»);

- описание, причины возникновения и меры профилактики наиболее часто встречающихся дефектов при оказании медицинской помощи при данном заболевании (состоянии).

2. Критерии, основанные на требованиях ч. 1 ст. 20 Закона РФ № 323-ФЗ, например:

- описание цели оказания медицинской помощи при конкретном заболевании, рассматриваемом клиническим протоколом);
- описание риска применяемых методов оказания медицинской помощи (диагностики и лечения);
- наличие перечня и риска применяемых вариантов медицинского вмешательства (диагностики и лечения);
- наличие перечня показаний, противопоказаний и условий выполнения методов оказания медицинской помощи (диагностики и лечения) и применяемых вариантов медицинского вмешательства (диагностики и лечения);
- наличие перечня последствий и осложнений выполнения методов оказания медицинской помощи (диагностики и лечения) и применяемых вариантов медицинского вмешательства (диагностики и лечения);
- описание мер профилактики отрицательных последствий и осложнений выполнения методов оказания медицинской помощи (диагностики и лечения) и применяемых вариантов медицинского вмешательства (диагностики и лечения);
- наличие рекомендаций для пациента.

3. Критерии, основанные на статистических данных профессиональной медицинской некоммерческой организации,

заявляющей клинические рекомендации (по результатам оказания медицинской помощи пациентам в течение предшествующего 10-летнего периода), например:

- количество пациентов, помощь которым была оказана с исполнением основных положений предлагаемых клинических рекомендаций с учетом половозрастных характеристик;
- частота различных исходов (с учетом половозрастных характеристик): выздоровление, без изменения, ухудшение состояния, осложнение, летальный исход.

4. Критерии, основанные на удовлетворенности пациента от взаимодействия с медицинской организацией. При этом, необходимо приведение критериев оценки взаимодействия к максимальной объективности (место характеристик типа «доволен, нравится, удовлетворен»), например:

- частота осмотра лечащим врачом;
- частота обходов заведующим отделением;
- наличие осмотра хирургом до оперативного вмешательства и в послеоперационном периоде и т. д.

5. Критерии, основанные на сравнении медико-экономической эффективности рекомендаций, представленных разными профессиональными медицинскими некоммерческими организациями, проверяемой по результатам достижения лучшего клинического результата при наименьших экономических затратах (в том числе, путем проведения проверок соответствия представленных статистических данных данным первичной медицинской документации).

Расчет нормативов затрат на лекарственные препараты для лечения заболеваний, включенных в КСГ

ключевые слова

тарифное соглашение, доли расходов, лекарственные средства, КСГ

М.В. Пирогов,
д-р экон. наук,
проф. кафедры
экономики и управ-
ления в социальной
сфере РАНХиГС при
Президенте РФ



Написать автору
WWW.ZDRAV.RU

В УСЛОВИЯХ ФИНАНСОВОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ В 2015 Г. ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ПРОГРАММ ОМС ИМЕЕТСЯ ЗНАЧИТЕЛЬНЫЙ РИСК НЕХВАТКИ СРЕДСТВ, В ТОМ ЧИСЛЕ НА ПРИОБРЕТЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ.

УЧИТЫВАЯ, ЧТО РЕГИОНАЛЬНЫЕ ТАРИФНЫЕ СОГЛАШЕНИЯ ДОЛЖНЫ УСТАНОВЛИВАТЬ ДОЛЕВОЕ РАСПРЕДЕЛЕНИЕ СРЕДСТВ ОМС, АЛГОРИТМ РАСЧЕТА РАСХОДОВ НА МЕДИКАМЕНТЫ ДОЛЖЕН НЕ ТОЛЬКО УЧИТЫВАТЬ ОБЪЕКТИВНЫЙ УРОВЕНЬ ЦЕН В СУБЪЕКТЕ РФ, НО И ПОЗВОЛЯТЬ АНАЛИЗИРОВАТЬ РАЗЛИЧНЫЕ ВАРИАНТЫ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ О ФОРМИРОВАНИИ ТАРИФОВ НА ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВКЛЮЧЕННЫХ В КСГ.

Базовая программа ОМС на 2015–2017 гг.¹ имеет ряд особенностей, определенных действующим законодательством РФ и новыми методическими подходами к планированию и оплате медицинской помощи.

Во-первых, к 2015 г. закончился период поэтапного доведения размера страхового взноса на ОМС неработающего населения до нормативного значения. Размер финансовых обязательств органов исполнительной власти субъектов РФ и г. Байконура определяется численностью неработающих граждан, единым тарифом страхового взноса на ОМС неработающего населения (18 864,6 руб.) и значением территориального коэффициента дифференциации², который рассчитывается по формуле:

$$K_{\text{диф}(i)} = K_{\text{р}(i)} / 3,$$

где:

$K_{\text{р}(i)}$ – сумма средневзвешенного районного коэффициента и средневзвешенной процентной надбавки за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, за работу в местностях с особыми климатическими условиями,

К РЕАЛЬНОМУ СОКРАЩЕНИЮ ФИНАНСОВЫХ РЕСУРСОВ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫ РАСХОДЫ НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ И ПРЕДМЕТЫ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ НЕПОСРЕДСТВЕННО ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ.

М.В. Журавлева, д-р мед. наук, РМАПО

которые установлены для данного субъекта РФ или г. Байконура законодательными и иными нормативными правовыми актами РФ;

3 – максимальное значение суммы средневзвешенного районного коэффициента и средневзвешенной процентной надбавки за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, за работу в местностях с особыми климатическими условиями, которые установлены законодательными и иными нормативными правовыми актами РФ.

Размер тарифа страхового вноса на ОМС работающего населения в 2015 г. не изменился (5,1% от фонда оплаты труда), но были сняты ограничения по верхнему пределу базы для его начисления³.

Все это дает основания ожидать увеличения объема финансовых средств, перечисляемых в бюджет Федерального фонда ОМС из региональных бюджетов и от работодателей. Так, доходы Федерального фонда ОМС должны составить

1 632 321 880,8 тыс. руб. (с учетом межбюджетных трансфертов из федерального бюджета)⁴.

Основная доля этих доходов (1 414 165 933,2 тыс. руб.), будет перечислена в бюджеты территориальных фондов ОМС на обеспечение выполнения территориальных программ ОМС. Субвенции из Федерального фонда ОМС обеспечивают реализацию базовой программы ОМС во всех регионах (в т.ч., в части оказания скорой медицинской помощи (за исключением санитарной авиации) и высокотехнологичной медицинской помощи, финансируемой за счет средств ОМС).

В 2015 г. трансферты из регионального бюджета в территориальный фонд ОМС предусмотрены только в случае превышения в территориальной программе ОМС параметров, установленных базовой программой ОМС. Поэтому в большей части субъектов РФ стоимость территориальной программы ОМС более чем на 90% обеспечивается за счет суб-

Оценка рисков



ДЕФИЦИТ ФИНАНСОВЫХ РЕСУРСОВ В РОССИЙСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ С УЧЕТОМ СОПОСТАВИМЫХ ЦЕН



КОНЦЕНТРАЦИЯ ФИНАНСОВЫХ РЕСУРСОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ТП ОМС И ПОВЫШЕНИЕ РИСКА ТИРАЖИРОВАНИЯ СИСТЕМНЫХ ОШИБОК ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ И ОПЛАТЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ



ОТСУТСТВИЕ НОРМАТИВОВ НА ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЛЕЧЕБНОГО ПРОЦЕССА ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ И ВЫСОКАЯ ДИНАМИКА РОСТА РЕАЛЬНЫХ ЦЕН НА ОТЕЧЕСТВЕННОМ ФАРМРЫНКЕ

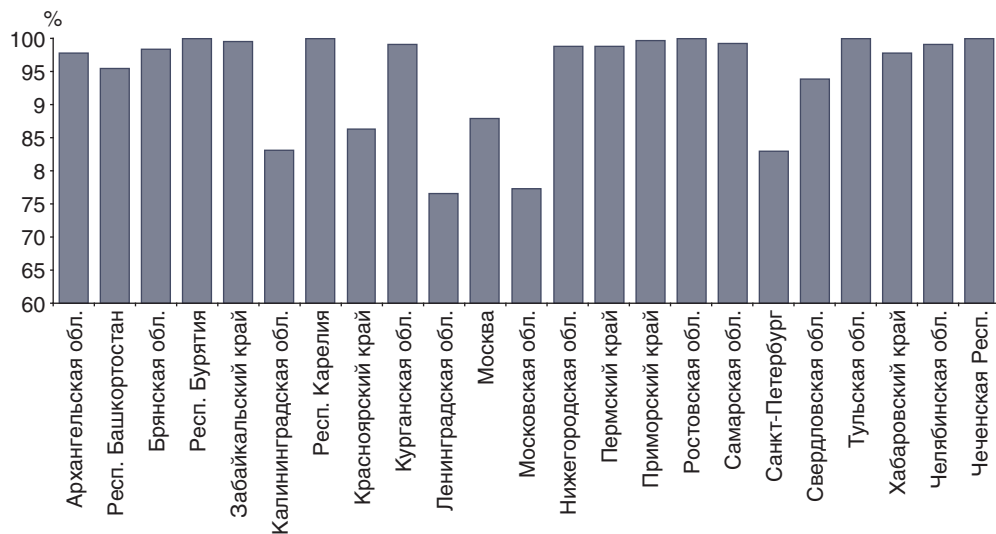


Рис. 1. Доля субвенции ФФОМС в финансовом обеспечении территориальных программ ОМС в 2015 г.

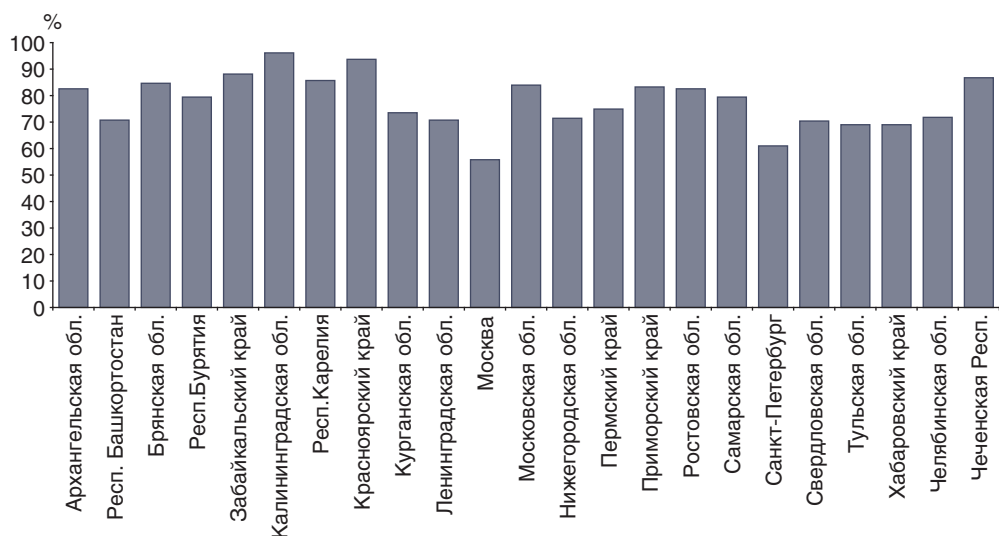


Рис. 2. Доля средств ОМС в сумме финансовых расходов за счет средств ОМС и региональных бюджетов

венции ФФОМС, а в ряде регионов (в Чеченской Республике, Республике Карелия, Республике Бурятия, Ростовской и Тульской обл.) – полностью (рис. 1).

Во-вторых, особенностью 2015 г. является общее увеличение доли средств ОМС в финансовом обеспечении всей програм-

мы государственных гарантий: подушевой норматив по базовой программе ОМС составляет 8 260,7 руб. на одного застрахованного, а ассигнования региональных бюджетов – 3 338,4 руб. на одного жителя.

Анализируя соотношения объемов средств региональных бюджетов

и средств ОМС в территориальных программах госгарантий (рис. 2), можно выделить три группы регионов:

- со структурой объемов финансирования, близкой к средней по стране (69–80%);
- увеличенной долей бюджетного финансирования (г. Москва и г. Санкт-Петербург);
- с увеличенной долей финансирования за счет средств ОМС (3–20%).

Важно ➤ Отметим, что причин увеличения доли средств ОМС может быть две: «расширение» территориальной программы ОМС и передача средств регионального бюджета в ОМС (позитивный вариант) и уменьшение доли бюджетного финансирования без расширения территориальной программы ОМС (негативный вариант) ■

В-третьих, отмечается увеличение числа регионов, применяющих для планирования и оплаты стационарной медицинской помощи клинико-статистические группы болезней, и изданы новые методические рекомендации Минздрава России по применению этого способа оплаты⁵ (далее – Методические рекомендации).

По словам Министра здравоохранения России В.И. Скворцовой, «применение КСГ предоставляет возможность рационального распределения ресурсов между всеми группами заболеваний на основе расчетных пропорций, независимо от суммы имеющихся финансовых ресурсов. То есть никогда ничто не будет финансироваться по остаточному принципу»⁶.

Обновленная версия «федеральных» КСГ, приведенная в Методических рекомендациях, позволяет более точно установить стоимость группы заболеваний и (или) услуг. Кроме того, определены полномочия субъектов РФ по адаптации

КСГ с помощью поправочных коэффициентов и формирования подгрупп КСГ (в рамках групп). Это позволяет задать единую логику ценообразования в субъектах РФ и, в то же время, учесть особенности заболеваемости населения и организации оказания медицинской помощи в разных регионах России.

В Методических рекомендациях приведены данные о структуре расходов, включаемых в каждую КСГ, что дает возможность определить основные компоненты плана финансово-хозяйственной деятельности медицинской организации при реализации территориальной программы ОМС.

В структуре расходов базовой стоимости КСГ выделяют четыре группы: заработная плата с начислениями, медикаменты и расходные материалы, питание и все остальные (согласно структуре тарифа ОМС). Используя базовую ставку по каждой КСГ, коэффициенты относительной затратоемкости, дифференциации и поправочные коэффициенты, можно не только определить соответствующий тариф ОМС, но и «нормировать» расходы на оплату труда, питание и лекарственные препараты.

По мнению автора, недостатком является рекомендательный характер такого «нормирования» (ввиду того, что на федеральном уровне не проведена калькуляция расходов стоимости КСГ с использованием нормативного метода) и большое влияние «фактически сложившихся» расходов и экспертных мнений при определении коэффициентов затратоемкости.

В условиях финансовой стабильности и при отсутствии значительного роста цен вполне допустимо использовать структурный и экспертный методы расчета относительной стоимости КСГ (что и делается в большинстве экономически развитых стран мира). Однако, в условиях экономического кризиса и снижения «покупательной способности» тарифа ОМС

различные группы ресурсов, необходимых для оказания медицинской помощи, подвержены различным рискам.

При этом:

- расходы на оплату труда в определенной мере «защищены» Указами Президента России;
- расходы, связанные с питанием больных, «защищены» приказом Минздрава России от 21.06.2013 № 395н «Об утверждении норм лечебного питания» (с учетом средних цен по региону расходы по питанию могут определяться по нормативному методу);
- другие хозяйственные расходы «защищены» договорами с поставщиками товаров и услуг (часто единственными в конкретном населенном пункте), своей обязательностью для самого существования медицинской организации.
- расходы на лекарственные препараты (далее – ЛП) могут быть подвержены минимизации при росте дефицита финансирования территориальной программы ОМС (при этом, 70–75% лекарственных препаратов, используемых в России, являются импортны-

ми, а ослабление рубля серьезно влияет на возможность соответствующих закупок).

В настоящее время «нормы» лекарственных назначений при конкретном заболевании (состоянии) можно найти только в клинических протоколах (рекомендациях) и в стандартах медицинской помощи. По мнению автора, их можно принять за натуральные нормы потребности в ЛП и выразить в финансовых показателях. Кроме того, на региональном уровне возможно нормирование курсовых доз ЛП по «среднему случаю лечения заболевания» (эту работу могут совместно провести клиницисты и клинические фармакологи). Таким образом, можно дополнительно «защитить» эту группу расходов.

Разберем предложенный способ «нормирования» посредством «Ресурсного калькулятора» в части ЛП (рис. 3).

Экономической основой расчета являются перечни ЛП и курсовые дозы, определяемые (утверждаемые) в регионе для группы заболеваний, включенных в КСГ.

В отношении каждого ЛП указывается группа по АТХ-классификации, междуна-

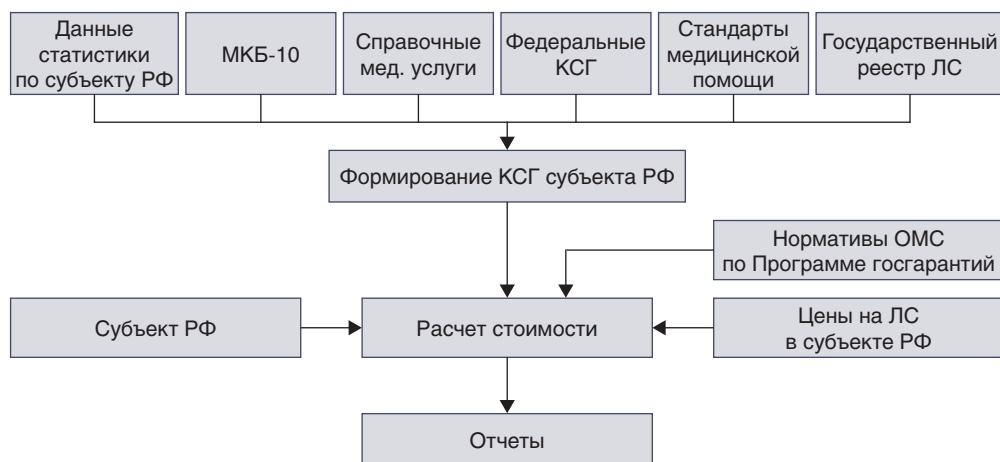


Рис. 3. Элементы «Ресурсного калькулятора» лекарственных препаратов (пояснения в тексте)

родное непатентованное наименование (МНН), единица измерения, частота назначения, дневная и курсовая доза. Этого достаточно, чтобы осуществить нормативный расчет стоимости ЛП из перечня ЖНВЛП (с учетом региональных цен).

В рассматриваемом «Ресурсном калькуляторе» реализуется возможность прогноза общих расходов на ЛП на основе данных официальной медицинской статистики и с учетом демографических особенностей региона. Это, в свою очередь позволяет распределять ресурсы в соответствии с выбранными медико-социальными приоритетами и сформировать связь между затраченными на закупку ЛП финансовыми ресурсами и индикаторами деятельности регионального здравоохранения. Нормативный расчет стоимости «лекарственного блока» позволяет сформировать региональные подгруппы КСГ (или регулирующие коэффициенты к федеральным КСГ) на доказательной основе, с учетом региональных особенностей.

На рис. 4 представлено «главное меню» компьютерной программы⁷, реализующей алгоритм формирования лекарственных «нормативов» для КСГ.

В целом, программа предназначена для нормативного расчета стоимости всех видов ресурсов по КСГ, при этом «лекарственный блок» позволяет осуществлять «автономные» расчеты по лекарственному обеспечению, адекватно отражая его в структуре расходов по каждой КСГ (2015 г.) и в целом по субъекту РФ. Ресурсный калькулятор выполнен на базе системы управления базами данных ACCESS и имеет интуитивно понятный интерфейс.

Кнопка «Цены МЗ РФ» позволяет использовать актуальные данные по зарегистрированным предельным отпускным ценам (<http://grls.rosminzdrav.ru/PriceLims.aspx>) и по предельным размерам торговых надбавок на лекарственные препараты перечня ЖНВЛП (устанавливается

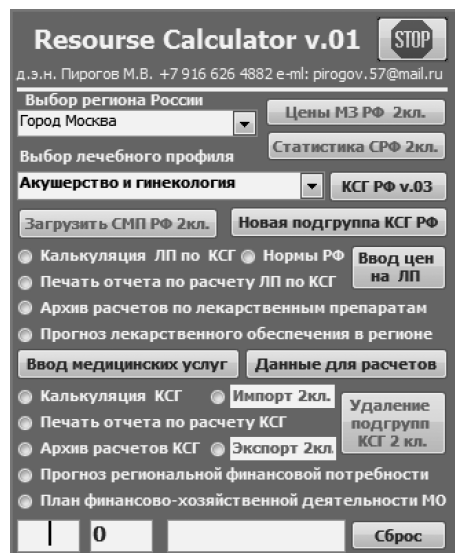


Рис. 4. Главное меню «Ресурсного калькулятора»

в субъекте РФ). Кнопка «Статистика СРФ» позволяет использовать данные статистики, сгруппированные по кодам МКБ-10 (или по КСГ), с учетом вида и условий оказания медицинской помощи, пола и возраста. Кнопка «Загрузить СМП РФ» позволяет загрузить блок ЛП для конкретной группы заболеваний, используя данные стандартов медицинской помощи, клинических рекомендаций, «среднего случая лечения» (сформированного врачом экспертом или на основе учета потребления лекарств в регионе – при наличии такого учета).

Выбрав профиль медицинской помощи и нажав кнопку «КСГ РФ v.03» можно вывести список всех КСГ «привязанных» к этому профилю (рис. 5). Кроме номера и наименования КСГ в списке приводится коэффициент затратоемкости (K_z), определенный на федеральном уровне.

Выбрав КСГ и нажав на кнопку «Нозологии» можно посмотреть структуру группы по кодам МКБ-10 (на рис. 5 показана структура КСГ «Врожденные аномалии головного и спинного мозга, дети»), а нажав кнопку «?» (справа от

Нозологии	?	Услуги	?	ЛП	ПМН	Q+
145	Нарушения всасывания, дети					1,19
146	Другие болезни органов пищеварения, дети					0,48
147	Системные поражения соединительной ткани ч детей					1,85
148	Врожденные аномалии головного и спинного мозга, дети					2,12
149	Эпилепсия, судороги, дети					0,75

а)

Q02	Микроцефалия
Q03.0	Врожденный порок сильвиева водопровода
Q03.1	Атрезия отверстий мажанди и лужки
Q03.8	Другая врожденная гидроцефалия
Q04.5	Мегалэнцефалия
Q04.6	
Запись:	1 из 20

б)

Рис. 5. Перечень КСГ по выбранному профилю (а) и перечень диагнозов по выбранной КСГ (б)

кнопки «Нозологии») – список «хирургических» КСГ.

При нажатии на кнопку «Услуги» на экран выводятся медицинские услуги «привязанные» к данной КСГ в рамках федерального «группировщика» КСГ, а на кнопку «?» (справа от кнопки «Услуги») – все услуги, описывающие «среднего» пациента, в соответствии с применяемой технологией лечения. Наборы услуг формируются в соответствии с номенклатурой медицинских услуг, утв. Минздравом России, на основе стандартов медицинской помощи, клинических протоколов, экспертных решений врачей или на осно-

ве фактического оказания услуг (при наличии такого учета). Форма представления данных по услугам соответствует форме стандартов медицинской помощи.

Нажатие на кнопку «ЛП» позволяет вывести на экран данные по ЛП из расчета «средней» схемы лечения для заболеваний, включаемых в выбранную КСГ (табл. 1). Структура данных таблицы также соответствует стандартам медицинской помощи и содержит все необходимые данные для проведения «нормативного» расчета ЛП, назначаемых при заболеваниях из КСГ 2015 г. (МНН, единицу измерения и эквивалентную курсовую дозу – ЭКД).

Таблица 1

Фрагмент перечня лекарственных препаратов для выбранной КСГ

Анатомо-терапевтическо-химическая		Международное наименование	ЕД	ПРИМ	ОДД	ЭКД
J01FA	Макролиды	Азитромицин	мг	0,1	500	1500
B02AA	Аминокислоты	Аминокапроновая кислота	мл	0,01	100	500
C01BD	Антиаритмические препараты, класс 3	Амиодарон	мг	0,7	300	600
C01BD	Антиаритмические препараты, класс 3	Амиодарон	мг	0,7	400	6000
A03BA	Алкалоиды	Атропин	мг	0,03	2	4
B01AC	Антиагреганты	АцетилПалициловая кислота	мг	0,05	150	1500
C07AB	селективные бета-адреноблокаторы	Бисопролол	мг	0,4	10	100
B01AA	Антагонисты витамина К	Варфарин	мг	0,8	7,5	75
C08DA	Производные фенилалкиламина	Верапамил	мг	0,3	240	2400
C08DA	Производные фенилалкиламина	Верапамил	мг	0,3	10	20
D08AX	антисептики	Водорода пероксид	мл	1	20	80
B01AB	Группа гепарина	Гепарин натрия	ЕД	0,7	25000	100000
B01AE	Ингибиторы тромбина прямые	Дабигатрана этексилат	мг	0,2	300	3000
N05BA	бензодиазепина	Диазепам	мг	0,2	10	30
C01AA	Гликозиды	Дигоксин	мг	0,6	0,25	0,5
C01AA	Гликозиды	Дигоксин	мг	0,6	0,25	2,5
M01AB	Производные уксусной кислоты	Диклофенак	мг	0,05	50	500
V03AB	Антидоты	Димеркаптопропансульфонат	мг	0,01	250	750

Диклофенак	ЕД.
Диклофенак	мг
Димекатпропансульфонат натрия	мг
Дистиламинопропионил-этоксикарбонилами-	мг
Допамин	мг
Калия и магния аспарагинат	мл
Калия хлорид	мг
Кальция глюконат	мг
Кетопрофен	мг
Лалпазонитина гидрохлорид	мг
Лидокаин	мл
Магния сульфат	мг
Натрия хлорид	мл
Омепразол	мг
Преднизолон	мг
Прокрин	мл
Прокарбамид	мг

☐ Ручной ввод цены производителя ☐ Цены
☒ Ввод цен производителей с сайта МЗ РФ

Запись: 1 из 29 Запись: 1 из 95

Рис. 6. Выбор цен лекарственных препаратов (пояснения в тексте)

Важной составляющей алгоритма является расчет стоимости ЛП. Для этого необходимо оценить каждое МНН ЛП, использованное в КСГ (с учетом разнообразия торговых наименований, лекарственных форм, форм выпуска, оптовых и розничных цен). Расчет запускается при нажатии на кнопку «Ввод цен на ЛП» в «Главном меню».

Программа анализирует наличие связи между МНН и ценами по торговым наименованиям. На экран выводится перечень МНН, для которых связь с ценой конкретного производителя пока не установлена («МНН без цен»). В нашем примере представлено 29 МНН. (рис. 6)

Реализовано два режима ввода цен на ЛП, активируемых соответствующими переключателями:

1) «Ручной ввод цены производителя», позволяющий выбрать любое торговое наименование без каких либо ограничений (все данные по ЛП вводятся в ручном режиме);

2) «Ввод цен производителей с сайта МЗ РФ», предварительно загруженных

с сайта Минздрава России и «привязанных» к выбранному субъекту РФ.

Во втором случае на экран выводится информация:

- о дате загрузки данных с сайта Минздрава России;
- о субъекте РФ;
- о числе совпадений (27) МНН для КСГ (без цены) с МНН, представленных на сайте Минздрава России (на момент выгрузки);
- поле для выбора любого из «совпавших» МНН.

В нашем примере из 29 МНН лекарств, используемых в данной КСГ, 27 имеются в перечне ЖНВЛП. После выбора конкретного МНН на экран выводится перечень всех зарегистрированных торговых наименований (в нашем примере – 95 позиций).

Последовательный ввод цен по всем МНН обеспечивает расчет стоимости «лекарственного блока» для КСГ (после нажатия кнопки «Расчет ЛП»).

По каждому ЛП осуществляется расчет на основании курсовой дозы, частоты

Таблица 2

Расчет затрат на лекарственные препараты

Калькуляция лекарственных препаратов для КСГ-РФ: 1										Город Москва			
про отенгину, гипертензивные расстройства в период беременности, в родах и посл. Арх.										0			
Нипентитованное и торговое наименование		Лекарственная форма, форма выпуска и единицы измерения		Прим/Кол-во		Ст.действ.веш. Сум1/Сум2		Фирма					
Амгидус	порошок для приготовления раствора 50 мг, 4, 1 г - пакетики с порошком (5) - пакетики	мг		1500	17,84	2 676,00	0,00 "Синтез" - Россия	4 474,27					
Амгидус	порошок для приготовления раствора 50 мг, 4, 1 г - пакетики с порошком (5) - пакетики	мг		0,1	29,82848	4 474,27							
Амгидус	порошок для приготовления раствора 50 мг, 4, 1 г - пакетики с порошком (5) - пакетики	мг		500	0,2943	1,47	0,00						
Амгидус	порошок для приготовления раствора 50 мг, 4, 1 г - пакетики с порошком (5) - пакетики	мг		0,01	0,4920696	2,46	0,00						
Амгидус	порошок для приготовления раствора 50 мг, 4, 1 г - пакетики с порошком (5) - пакетики	мг		600	1,469	616,98	0,00 "Занатта" - Франция						
Амгидус	порошок для приготовления раствора 50 мг, 4, 1 г - пакетики с порошком (5) - пакетики	мг		0,7	2,456168	1 031,59							
Амгидус	порошок для приготовления раствора 50 мг, 4, 1 г - пакетики с порошком (5) - пакетики	мг		6000	1,469	6 169,80	0,00 "Занатта" - Франция						
Амгидус	порошок для приготовления раствора 50 мг, 4, 1 г - пакетики с порошком (5) - пакетики	мг		0,7	2,456168	10 315,91							
Амгидус	порошок для приготовления раствора 50 мг, 4, 1 г - пакетики с порошком (5) - пакетики	мг			0,12	0,01	0,00 "Омнитек" - Франция						
Амгидус	порошок для приготовления раствора 50 мг, 4, 1 г - пакетики с порошком (5) - пакетики	мг		0,03	0,20064	0,02	0,00						
Амгидус	порошок для приготовления раствора 50 мг, 4, 1 г - пакетики с порошком (5) - пакетики	мг		100	2,434	9736	0,00						
Амгидус	порошок для приготовления раствора 50 мг, 4, 1 г - пакетики с порошком (5) - пакетики	мг		0,4	4,069648	162,79	0,00 "Трифарм" - Россия						
Амгидус	порошок для приготовления раствора 50 мг, 4, 1 г - пакетики с порошком (5) - пакетики	мг		75	4,187	251,22	0,00						
Амгидус	порошок для приготовления раствора 50 мг, 4, 1 г - пакетики с порошком (5) - пакетики	мг		0,8	7,000664	420,04	0,00 "Корфарейн" - Франция						
Амгидус	порошок для приготовления раствора 50 мг, 4, 1 г - пакетики с порошком (5) - пакетики	мг		20	1,405	8,43	0,00 "ОАО "Национальный концерн"						
Амгидус	порошок для приготовления раствора 50 мг, 4, 1 г - пакетики с порошком (5) - пакетики	мг		0,3	2,34916	14,09	0,00						
Амгидус	порошок для приготовления раствора 50 мг, 4, 1 г - пакетики с порошком (5) - пакетики	мг		2400	1,405	1 011,60	0,00 "ОАО "Национальный концерн"						
Амгидус	порошок для приготовления раствора 50 мг, 4, 1 г - пакетики с порошком (5) - пакетики	мг		0,3	2,34916	1 691,40	0,00						
Амгидус	порошок для приготовления раствора 50 мг, 4, 1 г - пакетики с порошком (5) - пакетики	мг		2400	1,405	1 011,60	0,00 "Национальный концерн"						
Амгидус	порошок для приготовления раствора 50 мг, 4, 1 г - пакетики с порошком (5) - пакетики	мг		0,3	2,34916	1 691,40	0,00						
Амгидус	порошок для приготовления раствора 50 мг, 4, 1 г - пакетики с порошком (5) - пакетики	мг		80	0,216	17,28	0,00 "Валсан-фармация" - Россия						
Амгидус	порошок для приготовления раствора 50 мг, 4, 1 г - пакетики с порошком (5) - пакетики	мг		1	0,361152	23,89	0,00						
Амгидус	порошок для приготовления раствора 50 мг, 4, 1 г - пакетики с порошком (5) - пакетики	мг		1500	17,84	2 676,00	0,00 "Синтез" - Россия						
Амгидус	порошок для приготовления раствора 50 мг, 4, 1 г - пакетики с порошком (5) - пакетики	мг		0,1	29,82848	4 474,27							
Амгидус	порошок для приготовления раствора 50 мг, 4, 1 г - пакетики с порошком (5) - пакетики	мг		30	0,206	1,24	0,00 "ГУП "Московский завод химикатов"						
Амгидус	порошок для приготовления раствора 50 мг, 4, 1 г - пакетики с порошком (5) - пакетики	мг		0,2	0,344432	2,07	0,00						
ИТОГО (руб) по отпускной цене и по розничной (со всеми надбавками)										18 726,14		26 189,51	

применения и стоимости единицы действующего вещества. Расчету автоматически присваивается признак «текущего» расчета («0») и признак субъекта РФ (табл. 2).

Для сохранения результатов «текущего» расчета осуществляется архивирование с автоматическим присвоением уникального номера архива, даты архивации и пояснений к архивируемым данным («Главное меню», переключатель «Архив расчетов по лекарственным препаратам»); объем архива не ограничен.

Переключатель «Цены» позволяет вывести на экран, откорректировать или удалить ценовые параметры по выбранному МНН. В табл. 2 представлен пример калькуляции (тестовый перечень ЛП, не отражающий реальный набор препаратов для лечения какого-либо заболевания). Итоговые данные представляют собой диапазон цен (от зарегистрированных предельных цен производителя до цен с учетом региональных надбавок).

Ценовые значения, полученные в результате проведенных расчетов, могут сопоставляться с долей затрат на ЛП по КСГ (2015 г.), определенной в тарифном соглашении субъекта РФ.

Важно ➤ Если расчетная стоимость ЛП значительно превышает долю расходов на ЛП в КСГ, это является основанием для измене-

КАЛЬКУЛЯЦИЯ РАСХОДОВ НА ЛП ЯВЛЯЕТСЯ ОБЪЕКТИВНЫМ КЛИНИКО-ФИНАНСОВЫМ ОБОСНОВАНИЕМ РАЗМЕРА НОРМАТИВА ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ, ВКЛЮЧЕННОМ В КСГ В КОНКРЕТНОМ СУБЪЕКТЕ РФ, МОЖЕТ ПРИМЕНЯТЬСЯ ДЛЯ НОРМИРОВАНИЯ СТОИМОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ.

ния тарифа ОМС или для формирования подгруппы КСГ (с выделением лекарственного блока или с введением повышающего управленческого коэффициента) – и то и другое соответствует Методическим рекомендациям ■

Калькуляция расходов на ЛП является объективным клинико-финансовым обоснованием размера норматива финансового обеспечения медицинской помощи при заболевании, включенном в КСГ в конкретном субъекте РФ, может применяться для нормирования стоимости лекарственного обеспечения.

Предложенное решение значительно «защищает» лекарственную составляющую в структуре расходов КСГ в условиях дефицита финансовых средств и учитывает особенности фармацевтического рынка России, ориентированного на импортные ЛП.

¹ Утверждена постановлением Правительства РФ от 28.11.2014 № 1273 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов».

² Размер коэффициента дифференциации для разных регионов указан в приложении к Федеральному закону от 30.11.2011 № 354-ФЗ «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения».

³ Постановление Правительства РФ от 04.12.2014 г. № 1316 «О предельной величине базы для начисления страховых взносов, уплачиваемых в Фонд социального страхования Российской Федерации и в Пенсионный фонд Российской Федерации, с 1 января 2015 года», Федеральный закон от 01.12.2014 № 406-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам обязательного социального страхования».

⁴ Федеральный закон от 01.12.2014 № 387-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов».

⁵ Письмо Минздрава России от 15.12.2014 № 11.9/10/2-9454 «О способах оплаты медицинской помощи, оказанной в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» (вместе с «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования»).

⁶ Интервью в «Российской газете» 05.09.2014.

⁷ Автор программы для ЭВМ «Ресурсный калькулятор – RC v.01» Пирогов М.В.

Анализ экономической эффективности деятельности городской клинической больницы¹

ключевые слова

показатели эффективности использования ресурсов медицинской организации, точка безубыточности, капиталодоходность

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

В.В. Бахитов,
канд. мед. наук,
гл. врач ГБУЗ
«Городская клини-
ческая больница
№ 59» департамента
здравоохранения
г. Москвы



Написать автору
WWW.ZDRAV.RU

ГОСУДАРСТВЕННЫЕ (МУНИЦИПАЛЬНЫЕ) БЮДЖЕТНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИМЕЮТ СТАТУС САМОСТОЯТЕЛЬНО ХОЗЯЙСТВУЮЩИХ СУБЪЕКТОВ.

В РАМКАХ, ОПРЕДЕЛЕННЫХ ЗАКОНОМ, ОНИ ВПРАВЕ РАСПОРЯЖАТЬСЯ СВОИМ ИМУЩЕСТВОМ, ПРЕДОСТАВЛЯТЬ ПЛАТНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ И СЕРВИСНЫЕ УСЛУГИ И ИСПОЛЬЗОВАТЬ ПОЛУЧЕННЫЕ ОТ ТАКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДОХОДЫ ПО СВОЕМУ УСМОТРЕНИЮ.

В СВЯЗИ С ЭТИМ РАСШИРЯЮТСЯ ФУНКЦИИ ГЛАВНОГО ВРАЧА, ПОВЫШАЮТСЯ ТРЕБОВАНИЯ К НАЛИЧИЮ У НЕГО ДОСТАТОЧНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ ДЛЯ ПРИНЯТИЯ ГРАМОТНЫХ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ В ФИНАНСОВО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ВОПРОСАХ УПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ.

Составить системное представление о положении учреждения руководителю помогают расчеты показателей эффективности, которые отражают результаты деятельности организации и ее подразделений. Результатом экономического исследования финансового состояния больницы является аналитическая справка, на основе которой главный врач может принимать обоснованные управленческие решения по развитию своего медицинского учреждения.

Базой для расчетов служат такие документы финансовой отчетности, как Баланс государственного (муниципального) учреждения, Отчет об исполнении учреждением плана его финансово-хозяйственной деятельности, Разделительный (ликвидационный) баланс государственного (муниципального) учреждения, Отчет о финансовых результатах деятельности учреждения, Сведения о дебиторской и кредиторской задолженности учреждения, Сведения об остатках денежных средств учреждения, Инвентаризационная книга и др.

На ряде примеров можно показать, как эта документация служит источником информации для определения основных

ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ СБАЛАНСИРОВАННОЙ СТРУКТУРЫ ТАРИФА ОМС, ОСОБЕННО ПРИНИМАЯ ВО ВНИМАНИЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОЕ ПОВЫШЕНИЕ ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЫ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ, БЕЗУСЛОВНО, НЕОБХОДИМ ДОСТАТОЧНЫЙ УРОВЕНЬ ФИНАНСИРОВАНИЯ ПРОГРАММЫ...

В.В. Путин, Президент РФ

показателей финансового состояния и степени финансовой устойчивости учреждения здравоохранения в анализируемом периоде времени.

Произведем расчет показателей общего изменения прибыли от оказания платной медицинской помощи и сервисной деятельности, а также проанализируем эффективность использования финансовых ресурсов, к которым относятся положительное сальдо баланса, выручка, прибыль, рентабельность, капиталодоходность, запас финансовой прочности, показатели, характеризующие финансовое состояние ГБУЗ, показатели, характеризующие имущественный потенциал.

Начнем финансовый анализ с расчета показателя общего изменения прибыли (Δr) от реализации продукта медицинского труда (например, организации предоставления платных медицинских услуг). Данные для анализа предоставит Отчет об исполнении учреждением плана его финансово-хозяйственной деятельности

(собственные доходы учреждения городской клинической больницы).

Формула для расчета показателя общего изменения прибыли (Δr) от реализации продукта медицинского труда будет иметь вид:

$$\Delta r = r_1 - r_0,$$

где:

- r_1 – прибыль отчетного года;
- r_0 – прибыль базового года.

Далее необходимо произвести:

- 1) расчет влияния на прибыль (или доход) изменений цен на реализованный продукт медицинского труда;
- 2) расчет влияния на прибыль изменений в объеме реализованных медицинских услуг;
- 3) расчет влияния на прибыль экономии от снижения себестоимости медицинских услуг.

Введем следующие понятия:

- R_{2013}, R_{2014} – доход, полученный от платной медицинской деятельности

Оценка рисков



НЕОБХОДИМОСТЬ НАРАЩИВАТЬ СОБСТВЕННЫЕ ДОХОДЫ КАК ИСТОЧНИК ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО «ВНУТРЕННЕГО» ФИНАНСИРОВАНИЯ ПРИ НЕДОСТАТКЕ «ВНЕШНЕГО» ФИНАНСИРОВАНИЯ



ДОХОДЫ ОТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИННОВАЦИОННОГО ОБОРУДОВАНИЯ ПРИ ТЕХНИЧЕСКОМ ПЕРЕОСНАЩЕНИИ ВСЕГДА ВОЗМОЖНЫ ТОЛЬКО В ПОСЛЕДУЮЩЕМ ПЕРИОДЕ



РИСК ФИНАНСОВОЙ НЕУСТОЙЧИВОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ПРИ КОЭФФИЦИЕНТЕ ИЗНОСА ОСНОВНЫХ ФОНДОВ БОЛЕЕ 50%

в соответствующем году. В нашем примере платная медицинская деятельность составляет 8% от всего объема оказываемых больницей медицинских услуг;

- TC_{2013}, TC_{2014} – расходы на оказание платной медицинской помощи в соответствующем году.
- r_{2013}, r_{2014} – прибыль, полученная от платной медицинской деятельности в соответствующем году.
- Q_{2013}, Q_{2014} – количество пациентов (или оказанных каждому из них комплексных услуг, то есть один пациент – одна комплексная медицинская услуга) в соответствующем году.
- P_{2013}, P_{2014} – средняя цена платной медицинской услуги в соответствующий период, которая находится как отношение R/Q (обычно при расчете методом «издержки +» $P = TC + r$).

Однако в медицинских организациях часто ставится задача: с помощью доходов (выручки) от платных медицинских услуг компенсировать хотя бы расходы, в которые входит и дополнительная к уже получаемой заработная плата сотрудников больницы, поэтому цена (в отличие от рассмотренного примера) в этом случае равна себестоимости, или, иначе, величине расходов TC , в текущих ценах.

Используем данные табл. 1.

Таблица 1

Основные экономические показатели платной медицинской деятельности стационара ГKB

2013 г.	2014 г.
$R_{2013} = 9\,260\,696$ руб.	$R_{2014} = 17\,842\,702$ руб.
$TC_{2013} = 8\,614\,901$ руб.	$TC_{2014} = 10\,869\,038$ руб.
$r_{2013} = 645\,795$ руб.	$r_{2014} = 6\,973\,664$ руб.
$Q_{2013} = 632$ пролеченных больных	$Q_{2014} = 1138$ пролеченных больных
$P_{2013} = R_{2013} / Q_{2013} = 14\,653$ руб.	$P_{2014} = R_{2014} / Q_{2014} = 15\,679$ руб.

Произведем расчеты:

1. Влияние цен на доход

$$\Delta R_1 = \sum P_{2014} \times Q_{2014} - \sum P_{2013} \times Q_{2014} = 15\,679 \times 1138 - 14\,653 \times 1138 = 1\,167\,588.$$

В нашем примере цена в следующем году возросла на 7%, или увеличилась в 1,07 раза по сравнению с предыдущим годом (фактически на величину объявленной инфляции), это привело к увеличению номинального дохода на 1 167 588 руб.

Мы отмечаем, что в 2014 г. возросли не только цены, но и количество пролеченных больных на платной основе.

Рассчитаем, каково влияние показателей Q и совокупной себестоимости S на доход. Эти показатели выражают влияние объема платной деятельности на доход.

2. Влияние изменения объема платных медицинских услуг на доход.

$$\Delta r_2 = r_0 k_1 - r_0 = r (k_1 - 1),$$

где:

r_0 – прибыль базового года;

k_1 – коэффициент роста объема реализованных медицинских услуг, равный:

$$k_1 = S_{1,0} / S_0,$$

где :

$S_{1,0}$ – фактическая совокупная себестоимость реализованных медицинских услуг за отчетный период в ценах и тарифах базового года;

S_0 – совокупная себестоимость базового года, равная:

$$S_0 = TC_{i\,2013} \times Q_{2013},$$

где:

$TC_{i\,2013}$ – себестоимость одной услуги в базовом году, равная:

$$TC_{i\,2013} = TC_{2013} / Q_{2013} = 8\,614\,901 / 632 = 13\,631.$$

Итак, мы можем сделать следующую запись:

$$k_1 = \frac{TC_{12013} \times Q_{2014}}{TC_{12013} \times Q_{2013}} = \frac{13\,631 \times 1138}{13\,631 \times 632} = 1,8.$$

$$\Delta r_2 = r_{2013} \times k_1 - r_{2013} = 645\,795 \times 1,8 - 645\,795 = 516\,636.$$

3. Влияние на прибыль экономии от снижения себестоимости платной медицинской услуги:

$$\Delta r_3 = S_{1,0} - S_1,$$

где:

$S_{1,0}$ – совокупная себестоимость реализованных медицинских услуг отчетного периода в ценах базового периода (года);

S_1 – фактическая совокупная себестоимость реализованных медицинских услуг отчетного периода.

Рассчитаем показатель $S_{1,0}$.

Себестоимость одной услуги в 2013 г. составила 13 631 руб., тогда совокупная себестоимость в 2013 г., при условии что было пролечено такое же количество больных, как в 2014 г., составляет:

$$13\,631 \times 1138 = 15\,512\,078.$$

Себестоимость одной платной медицинской услуги в отчетном 2014 году составила:

$$10\,869\,038 / 1138 = 9551.$$

Мы видим, что себестоимость в 2014 г. снизилась с 13 631 до 9551 руб., то есть на 4080 руб. Как экономия (в расчете на одну платную медицинскую услугу) отразилась на величине прибыли?

Чтобы это определить, найдем совокупную себестоимость в 2014 г. S_1 и вычтем эту величину из совокупной себестоимости реализованных медицинских услуг отчетного периода в ценах базового 2013 года $S_{1,0}$.

$$\text{Итак, } S_1 = 9551 \times 1138 = 10\,869\,038.$$

$$\Delta r_3 = S_{1,0} - S_1 = 15\,512\,078 - 10\,869\,038 = 4\,643\,040 \text{ руб.}$$

4. Проверим результат в целом:

$$\begin{aligned} \Delta R^2 &= r_1 - r_0 = r_{2014} - r_{2013} = \\ &= 6\,973\,664 - 645\,795 \approx \\ &\approx 6\,330\,000 \text{ руб.} \end{aligned}$$

Теперь мы выяснили, за счет каких факторов мы получили данный прирост дохода в 2014 г. и какой фактор был наиболее значимым для данного результата. Проверим, получаем ли мы Δr (или в данном случае ΔR), если сложим все результаты платной медицинской деятельности, полученные под влиянием различных факторов.

5. Сумма рассмотренных факторных отклонений дает общее изменение прибыли от реализации за отчетный период, что выражается следующей формулой:

$$\Delta R = r_1 - r_0 \dots = \Delta r_1 + \Delta r_2 + \Delta r_3 \dots$$

$$\begin{aligned} \Delta R &= \Delta r_1 + \Delta r_2 + \Delta r_3 = 1\,167\,588 + \\ &+ 516\,636 + 4\,643\,040 \approx \\ &\approx 6\,330\,000 \text{ руб.} \end{aligned}$$

То есть примерно 6 330 000 руб. в обоих (4 и 5) расчетах при проверке, причем наиболее влиятельным фактором на результат было снижение себестоимости, а не увеличение количества пролеченных больных, что в экономическом смысле характеризует положительный результат деятельности ГKB.

Эффективность использования финансовых ресурсов ГKB выражается в величине полученных доходов, которые, в свою очередь, выступают в различных формах: выручки, прибыли от платных медицинских услуг, дивидендов и др.

Также важно анализировать динамику активов и пассивов баланса за ряд лет или на начало и конец года. Данную величину проанализируем на основе данных Баланса государственного (муниципального) учреждения «Городская клиническая больница» за 2012 и 2013 гг. (табл. 2).

Таблица 2

Активы и пассивы балансов за период 2012 и 2013 гг. ГКБ

Данные на 01.01.2013	Итого на начало 2012 г., руб.	Итого на конец 2012 г., руб.
АКТИВЫ	97 195 449,17	161 214 265,88
ПАССИВЫ	97 195 449,17	161 214 265,88
Данные на 01.01.2014	Итого на начало 2013 г., руб.	Итого на конец 2013 г., руб.
АКТИВЫ	161 214 265,88	128 226 739,98
ПАССИВЫ	161 214 265,88	128 226 739,98

Таблица 3

Динамика роста активов ГКБ за период 2012 и 2013 гг.

Период	Величина активов ГКБ, руб.	Прирост по сравнению с базисным годом, руб.	Прирост по сравнению с базисным годом, %
На конец 2011 г. (принимая за базисный)	97 195 449,17		100
На конец 2012 г.	161 214 265,88	64 018 816,7	166
На конец 2013 г.	128 226 739,98	31 031 290,8	132

Таблица 4

Расчет выручки, полученной за год от платной медицинской деятельности (стационар)

2013 г.	2014 г.
$Q_{2013} = 985$ пролеченных пациентов	$Q_{2014} = 1032$ пролеченных пациента
$P_{ср. 2013} = 16069$ руб.	$P_{ср. 2014} = 17 274$ руб.
$R_{2013} = 15 827 965$ руб.	$R_{2014} = 17 826 768$ руб.

Для оценки динамики рассчитывают показатели абсолютного и относительно-го прироста на отчетную дату по сравнению с их значениями на предыдущую (базисную) отчетную дату.

Например, из таблицы 2 следует общий рост активов ГКБ. Однако этот рост неравномерен (табл. 3).

6. Динамика роста активов данной ГКБ за последние три года в целом имеет положительную тенденцию, однако темпы прироста активов снизились.

7. Рассчитаем выручку:

$$R = \sum(P \times Q),$$

где:

R – выручка за год;

P – цена одной услуги данного вида;

Q – количество услуг данного вида.

Как можно применить данную формулу для расчета выручки, полученной за год от платной медицинской деятельности, в стационаре анализируемой ГКБ? Сделаем расчеты (табл. 4).

Для того чтобы сделать подобный расчет, необходимо вести учет платных больных в стационаре, например по показателю «количество законченных случаев» и вычислить среднюю величину, которой равна цена платной медицинской услуги по имеющемуся прейскуранту цен.

В бухгалтерском отчете об исполнении учреждением плана его финансово-хозяйственной деятельности (собственные доходы учреждения) за определенный период обычно кроме графы «Доходы от собственности» других сведений нет. В связи с этим сегодня расширяются функ-

ции планово-экономического отдела ГБУЗ, который должен вести управленческий учет и иметь сведения для определения результатов коммерческой деятельности.

8. Прибыль – разница между выручкой и затратами:

$$r = R - TC,$$

где:

r – прибыль;

R – выручка;

TC – общие затраты (или, иначе, расходы, издержки).

Чистая прибыль – прибыль после уплаты налогов и процентов за кредит. В настоящее время в России налог на прибыль, полученную от платной медицинской деятельности, не взимается.

Из чистой прибыли могут быть сформированы:

- резервный фонд,
- фонд производственного развития, используемый для покупки нового оборудования;
- фонд социального развития;
- фонд материального поощрения.

Второй способ распределения средств чистой прибыли: фонд накопления и фонд потребления.

Конкретные данные в результате анализа Отчета об исполнении учреждением плана его финансово-хозяйственной деятельности, собственные доходы учреждения ГКБ за последние 2,5 года выявил в динамике прибыли r следующую тенденцию:

$$\begin{aligned} r_{2012} &= R_{2012} - TC_{2012} = \\ &= 9\,365\,124,21 - 8\,614\,901,04 = \\ &= (+) 750\,223,17. \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} r_{2013} &= R_{2013} - TC_{2013} = \\ &= 25\,486\,008,16 - 25\,833\,142,17 = \\ &= (-) 347\,134,01. \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} r_{01.07.2014} &= R_{01.07.2014} - TC_{01.07.2014} = \\ &= 17\,918\,505,31 - 10\,868\,927,21 = \\ &= (+) 7\,049\,578,1. \end{aligned}$$

Почему данные 2013 г. свидетельствуют об убыточности платной медицинской деятельности?

Во-первых, мы видим, что расходы в этот период превышают доходы. Объясняется это резким возрастанием расходов организации на повышение заработной платы сотрудникам. Возможно, в краткосрочном периоде это решение верное, однако если рассматривать систему результирующих показателей, то, конечно, данное управленческое решение было экономически нецелесообразным. Платная медицинская деятельность должна приносить доходы, как это было в 2012-м и первой половине 2014 г.

Во-вторых, полученные доходы и являются главным внутренним источником выплат стимулирующего характера медицинскому коллективу больницы.

Определим рентабельность платных медицинских услуг для тех же лет:

$$P_{\text{пл. мед. услуг}} = \frac{r_{\text{чист.}}}{C_{\text{б.}}} \times 100\%,$$

где:

$r_{\text{чист.}}$ – чистая прибыль;

$C_{\text{б.}}$ – балансовая стоимость основных фондов и оборотных средств.

Из экономической практики известно, что этот показатель должен быть не менее 8–10%, тогда деятельность считается успешной.

Определим рентабельность одной медицинской услуги:

$$P_{\text{мед. усл.}} = \frac{r}{TC} \times 100\%,$$

где:

r – прибыль;

TC – себестоимость.

В практике российского здравоохранения этот показатель колеблется от 10 до 35%.

Рентабельность – один из показателей эффективности деятельности на платной основе.

$$9. P_{2012} = \frac{750\,223,17}{8\,614\,901,04} \times 100\% = 8,7\%.$$

$$P_{2013} = \frac{-347\,134,01}{25\,833\,142,17} \times 100\% = -1,3\%.$$

$$P_{01.07.2014} = \frac{7\,049\,578,1}{10\,868\,927,21} \times 100\% = 4,8\%.$$

Скачкообразная динамика показателя рентабельности платной медицинской деятельности ГКБ свидетельствует, во-первых, о том, что эта деятельность не является основной и некорректно планируется, а во-вторых, о нарастающих трудностях в области внешнего финансирования, попытке наращивать собственные доходы учреждения в качестве внутреннего источника финансирования.

10. Рентабельность всей деятельности ГКБ в целом (при действующей ставке налога на прибыль 0%) определяется по формуле:

$$P_o = \frac{r_{\text{ч.}}}{\text{Ст}_6} \times 100\%,$$

где:

P_o – рентабельность всей деятельности ГКБ в целом при действующей ставке налога на прибыль 0%;

$r_{\text{ч.}}$ – чистая прибыль;

Ст_6 – балансовая стоимость основных фондов и оборотных средств.

$$\begin{aligned} P_{2012} &= \frac{r}{\text{Ст}_6} \times 100, \% = \\ &= \frac{750\,223,17 - 1772,36}{523\,965\,738,58 + 46\,420\,784,09} \times \\ &\times 100\% = 0,13\%, \end{aligned}$$

где:

P_{2012} – рентабельность в 2012 г.;

r – прибыль минус НДС по приобретению материальных ценностей, работ, услуг;

Ст_6 – балансовая стоимость основных фондов и оборотных средств.

$$\begin{aligned} P_{2013} &= \frac{-347\,134,01 - 1772,36}{715\,910\,099,06 + 109\,210\,059,2} \times \\ &\times 100\% = -0,04\%. \end{aligned}$$

В 2013 г. городской клинической больницей были приобретены новые основные фонды и увеличено финансирование оборотных фондов, но именно в этом году платная деятельность больницы велась с убытком, поэтому был достигнут отрицательный показатель рентабельности, что с позиций экономической эффективности свидетельствует: соотношение результатов и затрат требовало срочной корректировки. Это было сделано в первой половине 2014 г.: за этот период доход от платной деятельности больницы резко возрос до положительных величин и равнялся 7 049 578,1 руб., хотя эта деятельность по-прежнему не являлась основной.

Этими же причинами объясняются и низкие значения такого показателя деятельности, как капиталодоходность ГКБ, имеющей в своем составе стационар, поликлинику и дневной стационар. Это показатель эффективности использования условного капитала больницы, который исчисляется как среднее арифметическое значений пассива баланса на начало и конец года.

Капиталодоходность определяет, сколько дохода (в денежном эквиваленте) приходится на 1 руб. капитала, под которым понимается средняя арифметическая сумма всех финансовых средств больницы, отраженных в пассиве. «Финансовый» результат платной деятельности отражается в Отчете об исполнении учреждением плана его финансово-хозяйственной деятельности (собственные доходы учреждения), графа 450. Метод исчисления этого показателя предполагает деление полученного дохода именно на весь «капитал», поэтому результат – частное от деления, конечно, будет небольшим.

Используя данные пассива баланса за 2012 и 2013 гг., для каждого года рассчитаем капиталодоходность (К):

$$K_{2012} = \frac{\text{Финансовый результат}}{(\text{Сумма пассива баланса на начало и конец года}) : 2} \times 100\% =$$

$$= \frac{750\,223,17}{(97\,195\,449,17 + 161\,214\,265,88) : 2} \times 100\% = 0,58\%.$$

В 2013 г. капиталодоходность была величиной отрицательной (-0,23%), так же как и ранее рассчитанная рентабельность (-0,04%). С точки зрения эффективности даже низкие показатели капиталодоходности из года в год должны все-таки расти, а данный показатель снизился, поэтому с экономической точки зрения платная медицинская деятельность ГКБ в динамике двух лет не выглядит эффективной: в 2012 г. на 1 руб. затрат приходилось всего 0,0058 руб. дохода. Однако анализ капиталодоход-

ности необходим, т. к. точнее определяет финансовое положение больницы в комплексе с другими показателями, заставляет искать причины несоответствия затрат и полученных финансовых результатов. Не исключено, что может быть принято решение об отказе от платной деятельности как не основной и не эффективной в конкретных сложившихся условиях, учитывая тот факт, что платная медицинская деятельность не обязательна, а возможность.

В анализируемой ситуации больница приобрела новое оборудование, значительно повысила заработную плату сотрудникам; техническое переоснащение подразделений на некоторое время потребовало замедления и даже остановки деятельности, что и привело к росту расходов и снижению финансового результата в 2013 г. по сравнению с 2012 г. Внедрение нового оборудования всегда требует дополнительных затрат (на его монтаж, на переобучение кадров и т. п.), поэтому доходы с использованием инновационного оборудования всегда возможны только в следующем периоде.

(Продолжение следует)

¹ Окончание. Начало см.: Здравоохранение. 2015. № 3. С. 52–60.

² Доход R может выступать в различных формах, в том числе и прибыли г. В формуле (1) мы используем понятие доход, в формуле (2) и (3) используется понятие прибыль. Таким образом, в итоге мы суммируем весь полученный доход, на который одновременно влияли различные факторы: изменение цены, изменение объема, изменение себестоимости продукта медицинского труда.

³ Методические рекомендации по порядку формирования и экономического обоснования территориальных ПГГ обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью, приведенные в письме ФОМС от 28.01.2000 № 445/40-1/ «О направлении методических рекомендаций» и в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 21 октября 2011 г. № 856 «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год».

ЕМИАС – инструмент эффективного управления медицинскими учреждениями

ключевые слова

ЕМИАС, электронная медицинская карта, электронный рецепт

А.В. Погонин, канд. мед. наук, заместитель руководителя департамента здравоохранения города Москвы

А.А. Тяжельников, канд. мед. наук, главный врач ГБУЗ «Городская поликлиника № 2 ДЗМ», старший преподаватель кафедры «Общественного здоровья и здравоохранения, экономики здравоохранения» ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова

А.В. Юмукян, канд. мед. наук, доцент кафедры «Общественного здоровья и здравоохранения, экономики здравоохранения» ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова

РАЗРАБОТКА И ВНЕДРЕНИЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ МОДЕРНИЗАЦИИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ЗВЕНА – ОДНА ИЗ КЛЮЧЕВЫХ ЗАДАЧ ОТРАСЛИ НАРЯДУ С УКРЕПЛЕНИЕМ МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЙ БАЗЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ВНЕДРЕНИЕМ СТАНДАРТОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.

ДЛЯ РЕШЕНИЯ ПРИОРИТЕТНЫХ ЗАДАЧ ПО ИНФОРМАТИЗАЦИИ АМБУЛАТОРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ СТОЛИЦЫ БЫЛА РАЗРАБОТАНА ЕМИАС – ЕДИНАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКАЯ СИСТЕМА Г. МОСКВЫ.

ЦЕЛЬ ЕЕ СОЗДАНИЯ – ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА И ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ГОСУДАРСТВЕННЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

Проект Единой медицинской информационно-аналитической системы (ЕМИАС) был разработан Департаментом информационных технологий г. Москвы и в настоящее время поэтапно реализуется в рамках программы «Информационный город», на основании постановления Правительства г. Москвы от 07.04.2011 № 114-ПП «О Программе модернизации здравоохранения города Москвы на 2011–2012 годы».

По состоянию на 2009 г. в медицинских учреждениях амбулаторно-поликлинического звена было компьютеризировано не более 5% рабочих мест. В 2011 г. насчитывалось всего 42 тыс. компьютеров, из которых 38 тыс. эксплуатировались более 5 лет. Наблюдался абсолютный дисбаланс между уровнем технического оснащения стационарного и амбулаторно-поликлинического звеньев, 85% средств вычислительной техники и информационных технологий приходилось на стационары. В амбулаторно-поликлиническом звене в течение 25 лет, за исключением 3–4 поликлиник, компьютеризация не проводилась.

Проект ЕМИАС стартовал в декабре 2011 г., и как любому глобальному проекту, этому предшествовала огромная подготовительная работа.

Начата эта работа была с систематизации и усовершенствования нормативной базы здравоохранения.



Написать автору
WWW.ZDRAV.RU

ПОМИМО УДОБСТВА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ, СИСТЕМА ПОЗВОЛЯЕТ ПОСТОЯННО КОНТРОЛИРОВАТЬ СИТУАЦИЮ С ОБЕСПЕЧЕНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЗВЕНЕ И ПРИНИМАТЬ УПРАВЛЕНЧЕСКИЕ РЕШЕНИЯ. ТАКОЙ «СКАЗКИ» НЕТ ДАЖЕ В АМЕРИКЕ.

Л.М. Рошаль, президент Национальной медицинской палаты

Затем последовала разработка программного обеспечения, подобраны и обучены консультанты, закуплено и установлено оборудование – инфоматы, компьютерная и оргтехника.

К разработке ЕМИАС были подключены британские и австралийские специалисты-разработчики и методологи стандартов медицинской информатики. Опыт стран-предшественниц помог предотвратить возможные проблемы, использовать лучшие мировые практики и единые стандарты работы с электронными медицинскими записями.

В предыдущие годы информатизация здравоохранения носила локальный характер – проекты реализовывались в конкретной поликлинике. Между собой учреждения не взаимодействовали. Мэром Москвы С.С. Собяниным было принято решение о единой информатизации во всем амбулаторно-поликлиническом звене.

Сегодня без информатизации поликлиник невозможно обеспечить преем-

ственность оказания медицинской помощи на протяжении всей жизни человека, учитывая его перемещения и обращение в разные медицинские учреждения.

В 2012–2013 гг. московские поликлиники на 100% были обеспечены средствами вычислительной техники и периферийным оборудованием. Потребовалось почти полностью обновить устаревшую инфраструктурную базу.

На момент внедрения проекта ни одна столичная поликлиника не была готова принять технику и начать работу на новом оборудовании и в новой системе: не было физической возможности обеспечить доступ к высокоскоростному интернету. При внедрении проекта ЕМИАС появилась возможность установить компьютерную технику со скоростным выходом в глобальную сеть каждому врачу.

На сегодняшний день в Москве 624 медицинских учреждения подключены к защищенным каналам передачи данных, формирующим единое информационное

Оценка рисков



НЕОБХОДИМОСТЬ ВНЕСЕНИЯ ПОПРАВОК В НОРМАТИВНО-ЗАКОНОДАТЕЛЬНОЮ БАЗУ В СВЯЗИ С ПЕРЕВОДОМ МНОГИХ ВИДОВ ДОКУМЕНТОВ В ЭЛЕКТРОННЫЙ ФОРМАТ



НЕСОВЕРШЕНСТВО ПРОГРАММНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ, ПЕРИОДИЧЕСКИЕ ВЫХОДЫ СИСТЕМЫ ИЗ СТРОЯ ИЗ-ЗА ТЕХНИЧЕСКИХ ОШИБОК



НЕПРОГНОЗИРУЕМАЯ НАГРУЗКА НА СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ ПОТОКАМИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ СЕЗОННЫХ ПИКАХ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ

пространство системы здравоохранения. В поликлиниках установлено без малого полторы тысячи инфоматов для самозаписи.

По состоянию на июль 2014 г. услугой электронной записи на прием к врачу хотя бы однажды воспользовались свыше 6 млн москвичей. В общей сложности горожане записывались в учреждения здравоохранения 66 млн раз. При этом через интернет обратилось около 3,7 млн пациентов, а через инфомат – более 24 млн.

Основные направления развития ЕМИАС:

- «развернуть» систему здравоохранения в сторону пациента (как больного, так и здорового);
- поэтапно исключить из практики врача рутинные административные процессы;
- повысить информационную вооруженность врача;
- «перевести фокус» врача с документа на пациента.

Ведение документации на бумаге

В настоящий момент не подготовлена нормативно-правовая база, разрешающая полностью перейти на электронный документооборот, не дублируя документацию на бумаге.

По прогнозам Минздрава России, к 2020 г. переход на электронный документооборот должен быть полностью завершен. Это сделает систему здравоохранения более понятной и прозрачной как для пациентов, так и для врачей, и, в том числе позволит следить за тем, куда и как тратятся деньги.

За последние 20 лет объем отчетности, заполняемой медицинскими работниками, вырос примерно в четыре раза. Учетные и отчетные формы перегружены невостребованной информацией.

Медицинский персонал работает с 340 бумажными документами, журналами, справками и формами. За время при-

ема пациента врач должен заполнить порядка 18 бумаг. Из 68 документов, которые врачу нужно заполнять ежедневно, 27 потеряли свою актуальность, многим из них 30–40, а иногда и 50 лет.

Сервисы ЕМИАС создают предпосылки для их замены на более удобные аналоги, соответствующие требованиям электронного документооборота. В ближайшее время в электронный вид будет переведено 30 документов. «Врач должен не писать, а лечить», – проводя это убеждение в жизнь, врачи и программисты решили общими усилиями свести к минимуму околomedicalную бумажную волокиту.

В электронный вид можно будет перевести рецепты для льготников на обычные, ненаркотические препараты. Таких рецептов сейчас печатается 12,5 млн штук, а талонов посещения врача более 100 млн штук в год.

Введение электронного рецепта позволит сэкономить до 30% времени врача, так как рецепт будет находиться в компьютерной базе и после истечения срока его действия пациент сможет получить повторный без обращения к врачу. Специалисты подсчитали: на то, чтобы вручную заполнить бланк льготного рецепта, доктору необходимо три минуты, а в электронном виде документ оформляется всего за 30 секунд.

Электронная медицинская карта

ЕМИАС стремительно развивается и предлагает новые возможности мирового уровня, например, электронную медицинскую карту (ЭМК), которая объединяет всю информацию о пациенте: витальные данные, результаты анализов, УЗИ и другие пройденные исследования, диагнозы, содержит информацию о лекарственных препаратах, назначенных врачом. Электронная медицинская карта обеспечивает скорость получения информации, стандартизацию работы вра-

чебного персонала, автоматизацию контроля соблюдения медицинских стандартов.

На каждого пациента будет заведена своя ЭМК, в которую будут вливаться множество медицинских документов: история приемов, диагнозов, назначений и анализов, вне зависимости от того, где они делались. К этой карте по умолчанию будут иметь доступ специалисты поликлиники, к которой прикреплен пациент, врачи скорой помощи. Это поможет снизить риск несовместимости препаратов и врачебных ошибок.

ЕМИАС позволит сделать простым и удобным процесс планирования повторного визита пациента, выдачи рецептов и направлений к другим специалистам, на анализы, исследования.

ЕМИАС для пациентов

Пациент сегодня может, минуя регистратуру, самостоятельно записаться к врачу, даже не выходя из дома, пользуясь сервисами дистанционной записи: сайтом и мобильными приложениями. Обладая доступом к информации о расписании и свободных часах специалистов, пациенты сами выбирают время визита к врачу.

Уже сейчас можно подвести итоги: за последние 2 года среднее время ожидания врачей первичного звена в поликлиниках Москвы уменьшилось в 2,5 раза: с 15 дней ожидания приема терапевта до 3–4 дней, а в целом по городу к узким специалистам – до 4–5 дней.

В будущем с помощью ЕМИАС у пациентов появится возможность обратной связи: они будут оценивать работу врачей в инфоматах. А из этих данных впоследствии сложится статистика и сводный рейтинг поликлиник.

ЕМИАС для врачей

С помощью ЕМИАС врачи избавились от избыточного документооборота,

бумажной рутины и заполнения документов от руки, тем самым освободив дополнительное время на непосредственный прием пациентов. Кроме того, теперь врачи могут точно определить свою занятость на ближайшие дни и правильно распланировать свое время.

Сегодня в поликлиниках в системе ЕМИАС работает около 17–18 тыс. врачей ежедневно. В сутки совершается 1 млн транзакций (записи к врачам, фиксация фактов оказания медпомощи, и т. д.).

ЕМИАС для главных врачей и заведующих отделениями

Сегодня ЕМИАС на 100% поддерживает трехуровневую модель организации первичной медико-санитарной помощи. Система управления потоками пациентов (СУПП), позволяющая главврачам амбулаторно-поликлинических центров (АПЦ) оптимизировать маршрутизацию потоков пациентов, переводя их с загруженных участков в менее загруженные поликлиники центра.

С помощью ЕМИАС заведующие отделениями могут формировать единое расписание с учетом потребностей АПЦ и каждого филиала, управлять доступностью ресурсов, отслеживать потоки пациентов, обеспечивать балансировку нагрузки между филиалами и ресурсами.

За счет организации приемов пациентов в любых учреждениях АПЦ повышается доступность медицинской помощи.

СУПП позволяет адекватно оценить спрос на медицинское обслуживание: теперь известно, сколько именно пациентов хотят записаться на прием и к каким специалистам. Появляется возможность получать максимально подробную информацию, быстро принимать решения, упрощается управление АПЦ (главный врач видит «движение» пациентов практически в онлайн-режиме). ЕМИАС дает информацию о загруженности медучреждений, востребованности специалистов,

а эффективность мониторинга состояния пациентов растет за счет унификации методов сбора, систематизации, хранения и анализа информации.

Для обеспечения максимальной безопасности данных в ЕМИАС используется двухфакторная система аутентификации пользователей. Таким образом система может определить, какой специалист работает и какие данные ему нужны.

ЕМИАС для департамента здравоохранения и правительства г. Москвы

ЕМИАС внедрен практически во все государственные медицинские учреждения г. Москвы. По мере своего распространения программа обновляет систему здравоохранения и трансформируется сама, ставя перед собой новые задачи.

С внедрением ЕМИАС департаменту здравоохранения Москвы удобно анализировать все, что происходит с потоками пациентов в любом АПЦ. Однако информационные технологии нужны не только для того, чтобы в очередной раз собрать от медицинских учреждений какую-то дополнительную информацию, дублировать и кому-то представить. Они нужны для оптимального взаимодействия всех трех сторон: пациента, врача и органов управления здравоохранением, задача которых обеспечить адекватные показатели доступности качественной медицинской помощи.

Ежедневно получая и обрабатывая новую информацию, система доносит до представителей органов управления здравоохранением реальные цифры: какое конкретно медицинское госучреждение в чем нуждается, будь то врач редкой специальности, принтер или финансирование.

Заключение

Нельзя утверждать, что информатизация здравоохранения шла гладко. Сказы-

вались и недостаток методологии, и реформирование отрасли одновременно с внедрением ИТ, и нестабильность системы, которая строилась «на ходу», и необходимость сращивать программные продукты разных разработчиков, но уже сейчас можно утверждать, что Москва – один из немногих субъектов Российской Федерации, который не подменил информатизацию здравоохранения созданием учетной системы.

Забота о здоровье – это большая гражданская и профессиональная ответственность и ЕМИАС делает все, чтобы ответственность эта могла опереться на сильную и реально работающую, отлаженную систему. В целом же информатизация здравоохранения позволит сделать систему прозрачнее, работу врачей удобнее, а сервисы для пациентов – доступнее.

Список литературы

1. Интернет-ресурс. <http://ria-ami.ru/read/31133>.
2. Лазарева И.И. Где находится ЕМИАС. Московский вестник. № 30. 2014.
3. Интернет-ресурс. <http://medioffice.ru/novosti-mediciny/emias-innovacionnye-tehnologii-v-sisteme-zdravooxraneniya-rossii.html#respond>.
4. Макаров В.В. Информатизация здравоохранения – все еще впереди. Технологии и средства связи. № 6. 2012.
5. Макаров В.В., Шеян И. Операция ЕМИАС. Директор информационной службы. № 06. 2014.
6. Белостоцкий А.В., Винокуров В.Г., Алленов А.М., Дьячкова А.С., Аникин Г.С., Стрелкова С.Н., Кадышев В.В. Информатизация московского здравоохранения. Академический журнал Западной Сибири. № 5 (48), Т. 9. 2013.
7. Интернет-ресурс. <http://www.osp.ru/cw/2013/22/13037299/>
8. Макаров В.В. В новый год с новыми целями. ЕМИАСинфо. № 3. 2013.

О III Международной всероссийской конференции и выставке «ОРГЗДРАВ-2015. Эффективное управление медицинской организацией»

О КОНФЕРЕНЦИИ

С целью повышения эффективности деятельности медицинских организаций Российское общество организаторов здравоохранения (президент акад. РАН В.И. Стародубов), Национальная медицинская палата (президент проф. Л.М. Рошаль) и Ассоциация медицинских обществ по качеству (председатель правления д-р мед. наук Г.Э. Улумбекова) 28–29 мая 2015 г. проводят III Международную всероссийскую конференцию и выставку «ОРГЗДРАВ-2015: Эффективное управление медицинской организацией». Конференция предназначена для руководителей органов управления здравоохранения субъектов РФ, руководителей государственных и негосударственных медицинских организаций, заведующих кафедрами по организации здравоохранения и общественного здоровья, руководителей профессиональных обществ и страховых организаций. В рамках конференции состоится **IV Съезд Российского общества организаторов здравоохранения**.

КЛЮЧЕВЫЕ ТЕМЫ

- Здравоохранение России сегодня и завтра
- Круглый стол главных врачей «Антикризисное управление. Обмен опытом»
- Работа первичного звена в условиях дефицита кадров
- Непрерывное медицинское образование организаторов здравоохранения
- Эффективное управление ресурсами медицинской организации
- Создание стационарных отделений скорой медицинской помощи
- Эффективное управление кадрами в медицинской организации
- Управление очередностью на плановую медицинскую помощь
- Обеспечение качества медицинской помощи и безопасности пациентов в многопрофильных стационарах
- Создание системы менеджмента качества медицинской организации
- Маркетинг медицинских услуг

ЦЕЛЕВАЯ АУДИТОРИЯ

Конференция предназначена для руководителей органов управления здравоохранения субъектов РФ, руководителей медицинских организаций, заведующих кафедрами по организации здравоохранения, руководителей профессиональных обществ, страховых организаций.

НЕПРЕРЫВНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ОРГАНИЗАТОРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Конференция сертифицирована в соответствии с требованиями к образовательным мероприятиям и рекомендациями Координационного совета по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России, соответственно участникам конференции будут начислены образовательные кредиты, необходимые для повышения квалификации в соответствии с новой моделью непрерывного медицинского образования (НМО) и учета в системе НМО по специальности «организация здравоохранения».

ЦИФРЫ И ФАКТЫ о II Международной конференции «Эффективное управление медицинской организацией» (29–30 мая 2014 г.).

Число участников: 660 человек из 77 регионов РФ.

Число выступлений: более 45 докладов российских экспертов, среди которых руководители здравоохранения федерального и регионального уровня, главные врачи медицинских организаций из разных регионов России.

Число выступлений иностранных докладчиков: 9 докладов (от экспертов в области организации здравоохранения из Австрии, Великобритании, Испании, США, Франции).

МЕРОПРИЯТИЯ ДЛЯ ОРГАНИЗАТОРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ – 2015

Помимо традиционной конференции в Москве, в 2015 году запланированы мероприятия в других регионах РФ для организаторов здравоохранения, подробности на сайте www.rosmedobr.ru.

Методологические подходы к перспективной оценке потребности населения в медицинских кадрах¹

ключевые слова

кадровые ресурсы, оценка, потребность населения

В.И. Шевский,
консультант,

И.М. Шейман,
канд. экон. наук,
проф., заслуженный
экономист РФ,

кафедра управления
и экономики
здравоохранения
НИУ «Высшая школа
экономики»



Написать автору
WWW.ZDRAV.RU

РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМ КАДРОВЫХ РЕСУРСОВ ПРЕДПОЛАГАЕТ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПОРЯДКА ИХ ПЛАНИРОВАНИЯ И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ. ВО ВТОРОЙ ЧАСТИ СТАТЬИ ПРИВЕДЕН АЛГОРИТМ РАСЧЕТА ЧИСЛЕННОСТИ ВРАЧЕЙ И ОСТАЛЬНЫХ ГРУПП МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА, НЕОБХОДИМОГО ДЛЯ ОКАЗАНИЯ АМБУЛАТОРНОЙ, СТАЦИОНАРНОЙ, СКОРОЙ, ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, А ТАКЖЕ ДАНА КОРРЕКЦИЯ ОБЩЕЙ ПОТРЕБНОСТИ В КАДРОВЫХ РЕСУРСАХ С УЧЕТОМ СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

Оценка потребности в отдельных группах кадровых ресурсов

Последовательность действий здесь определяется особенностями организации и разделения труда персонала, участвующего в процессе оказания и обеспечения медицинской помощи: центральной фигурой является врач, а работники остальных профессиональных групп – помощниками, выполняющими его указания.

Этот этап делится на две части.

Первая часть – определение потребности во врачах как частного от деления рассчитанных на предыдущем этапе объемов медицинской помощи, входящих в компетенцию врача той или иной специальности, на годовую норму рабочего времени врача соответствующей специальности, рассчитанную в соответствии с действующим трудовым законодательством.

Вторая часть – определение потребности в кадрах остальных профессиональных групп (среднего медперсонала, младшего медперсонала, технического и административного персонала), исходя из рассчитанной потребности во врачах и научно разработанной потребности в численности указанных профессиональных групп в расчете на 1 врача, обеспечивающих его эффективную работу (соотношение числа врачей и работников других профессиональных групп).

Для целей описываемого алгоритма этот показатель рассчитывается на основе штатных нормативов. По мере внедрения

ПРОБЛЕМА КАДРОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СВЯЗАНА НЕ СТОЛЬКО С ДЕФИЦИТОМ ВРАЧЕЙ И СРЕДНИХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ПО РЯДУ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ, СКОЛЬКО СО СФОРМИРОВАВШИМИСЯ ДИСПРОПОРЦИЯМИ В ОТРАСЛИ: ДИСБАЛАНСОМ В ОБЕСПЕЧЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИМИ КАДРАМИ В СТАЦИОНАРНЫХ И АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ В ЦЕЛОМ, И ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ВРАЧАМИ-СПЕЦИАЛИСТАМИ И ВРАЧАМИ УЧАСТКОВОЙ СЛУЖБЫ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ В ЧАСТНОСТИ; ДИСБАЛАНСОМ В УКОМПЛЕКТОВАННОСТИ ШТАТОВ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ И ГОРОДАХ...

И.В. Маев, директор департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Минздрава России

новых медицинских, организационных, технических и информационных технологий штатные нормативы должны актуализироваться.

Указанные соотношения рассчитываются в разрезе амбулаторных и стационарных служб, а также в разрезе врачебных клинических специальностей и врачей лечебных вспомогательных служб.

Для реализации алгоритма расчета потребности в медицинском персонале *амбулаторного сектора* определяются значения расчетных коэффициентов соотношений следующих групп медперсонала:

- врачей, ведущих амбулаторный прием (врачей клинических специальностей) и врачей вспомогательного и руководящего состава (без диагностических служб, оцениваемых отдельно),
- врачей, ведущих амбулаторный прием (врачей клинических специальностей), и среднего медперсонала (без вспо-

могательных и диагностических служб и среднего медперсонала руководящего состава),

- врачей, ведущих амбулаторный прием (врачей клинических специальностей), и среднего медперсонала вспомогательного и руководящего состава (без диагностических служб),
- врачей, ведущих амбулаторный прием (врачей клинических специальностей), и младшего медперсонала (без диагностических служб).

С учетом того, что штатные нормативы предусматривают полный перечень врачебных должностей лишь в достаточно мощных поликлиниках, рассчитывается численность перечисленных профессиональных групп условной достаточно мощной многопрофильной поликлиники для оказания всех видов амбулаторной помощи населению численностью не менее 100 тысяч человек по общепринятой методике расчета численности должностей.

Оценка рисков



КЛЮЧЕВОЙ ЭЛЕМЕНТ ПЛАНИРОВАНИЯ КАДРОВ – ШТАТНЫЕ НОРМАТИВЫ – НЕ НАШЕЛ ОТРАЖЕНИЯ В МЕТОДИКЕ



ПРОБЛЕМА СТРУКТУРНЫХ ДИСПРОПОРЦИЙ В СОСТАВЕ КАДРОВЫХ РЕСУРСОВ В МЕТОДИКЕ НЕ РЕШЕНА



МЕТОДОЛОГИЯ ОЦЕНКИ ПРОГНОЗНОЙ ПОТРЕБНОСТИ ВО ВРАЧЕБНЫХ КАДРАХ НЕЯСНА

Для реализации алгоритма расчета потребности в медицинском персонале *стационарного сектора* определяются значения расчетных коэффициентов соотношений следующих групп медперсонала:

- лечащих врачей (врачей клинических специальностей) и врачей вспомогательного и руководящего состава (без диагностических служб),
- лечащих врачей (врачей клинических специальностей) и среднего медперсонала (без вспомогательных и диагностических служб и среднего медперсонала руководящего состава),
- лечащих врачей (врачей клинических специальностей) и среднего медперсонала вспомогательного и руководящего состава (без диагностических служб),

- лечащих врачей (врачей клинических специальностей) и младшего медперсонала (без диагностических служб).

С учетом того, что штатные нормативы предусматривают полный перечень врачебных должностей лишь в достаточно мощных стационарах, рассчитывается потребность модельных специализированных больниц (по числу установленных профилей коечного фонда) мощностью 500 коек каждая по общепринятым правилам расчета штатных расписаний.

Аналогичным образом рассчитываются соотношения врачей и остальных профессиональных групп по службе скорой медицинской помощи, диагностическим и лечебно-вспомогательным службам.

Проведенные нами расчеты² дают следующие экспертные оценки соотношений



Рис. 1. Общая схема определения потребности системы здравоохранения в кадрах различных профессиональных групп

между отдельными профессиональными группами:

- *врачи клинических специальностей и врачи вспомогательного и руководящего состава (без диагностических служб)* – 10 к 1 в амбулаторном секторе и 4 к 1 в стационарном секторе (в настоящее время это соотношение составляет 9 к 1 в оказании амбулаторной помощи и 3 к 1 в оказании стационарной помощи);
- *врачи клинических специальностей и средний медперсонал* – 3,0 (в настоящее время – 2,2);
- *врачи и младший медицинский персонал* – 1,4 (в настоящее время – 1,2).

Общая схема определения потребности системы здравоохранения в кадрах различных профессиональных групп представлена на рис. 1.

Анализ зарубежного опыта показывает, что труд врача в части выполнения им рутинных функций в определенной мере замещается трудом среднего медицинского персонала и обширной категории «прочих работников», поддерживающих и обеспечивающих труд врача. В этом случае мы вправе ожидать повышения эффективности использования рабочего времени врача (соответственно и производительности его труда) за счет передачи его помощникам части своих рутинных функций, не требующих врачебной квалификации.

Описание алгоритма расчета потребности населения в кадровых ресурсах

Расчет численности врачей и остальных групп медицинского персонала, необходимого для оказания амбулаторной медицинской помощи

Расчет численности медицинского персонала, необходимого для обеспечения амбулаторной медицинской помощи

включает в себя расчет следующих групп персонала:

- врачей амбулаторного приема,
- врачей вспомогательного и руководящего состава, обеспечивающего организацию амбулаторной помощи,
- среднего медперсонала, обеспечивающего проведение амбулаторного приема,
- среднего медперсонала вспомогательного и руководящего состава, необходимого для организации амбулаторной помощи,
- младшего медперсонала, обеспечивающего проведение амбулаторного приема,
- прочего вспомогательного и обеспечивающего персонала.

Алгоритм расчета медицинского персонала, необходимого для оказания амбулаторной помощи населению, представлен на рис. 2.

Расчет числа врачей, обеспечивающих проведение амбулаторного приема, производится в разрезе наименований, предусмотренных федеральной номенклатурой врачебных специальностей.

Расчетное число *врачей амбулаторного приема*, необходимое для оказания амбулаторной помощи, определяется как частное от деления потребности в амбулаторной помощи, выраженной в *расчетном времени врачей*, ведущих амбулаторный прием в течение года, на *расчетную годовую норму рабочего времени врача* соответствующей специальности (региональная расчетная норма, рассчитанная по федеральной методике) по общей формуле:

$$Ч_{вр ап} = O_{ап} / ВР_{анв} \quad (1)$$

где:

$Ч_{вр ап}$ – расчетное число врачей амбулаторного приема, необходимое для оказания амбулаторной помощи;

$O_{ап}$ – объем амбулаторной помощи (в минутах рабочего времени врачей, ведущих амбулаторный прием);

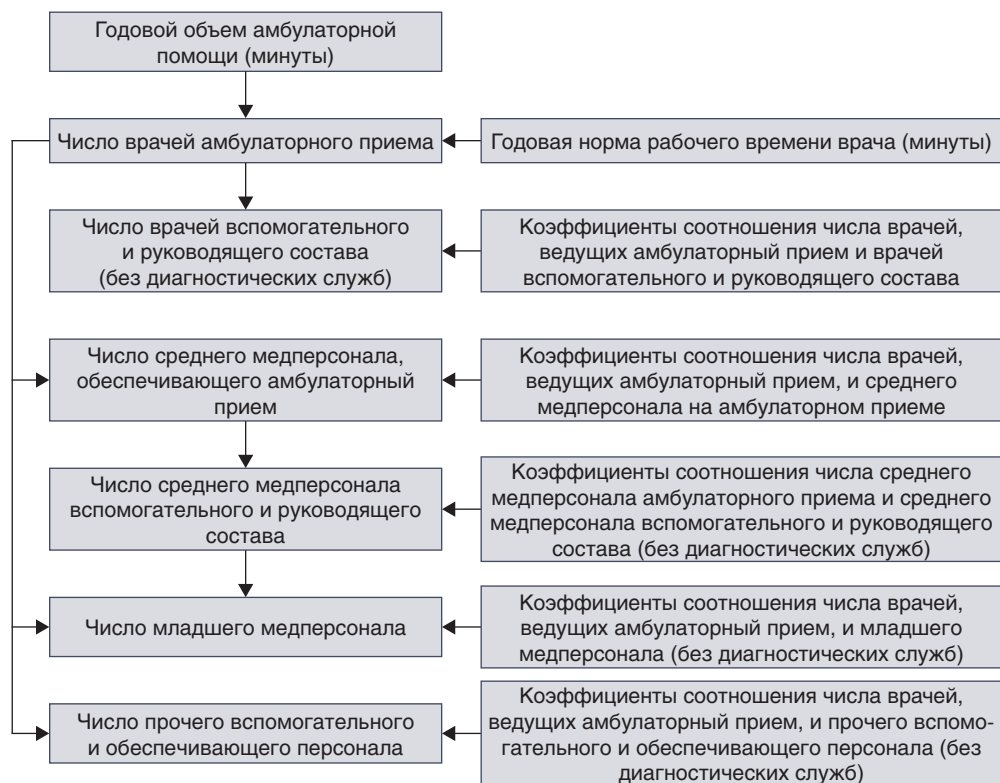


Рис. 2. Расчет численности медицинского персонала, необходимого для оказания амбулаторной помощи

$ВР_{анв}$ – годовая норма рабочего времени врача соответствующей специальности (в минутах);

Расчет персонала других, помимо врачей амбулаторного приема, профессиональных групп, производится по общей формуле:

$$Ч_{пр гр амб} = Ч_{вр ап} \times K_{соотн амб} \quad (2)$$

где:

$Ч_{пр гр амб}$ – расчетная численность персонала соответствующей профессиональной группы;

$Ч_{вр ап}$ – число врачей амбулаторного приема;

$K_{соотн амб}$ – коэффициент соотношения врачей амбулаторного приема

и персонала соответствующей профессиональной группы.

Расчетное число *врачей вспомогательного и руководящего состава*, необходимое для организации амбулаторной помощи, определяется как произведение расчетного числа *врачей амбулаторного приема* и расчетного показателя – *коэффициента соотношения числа врачей, ведущих амбулаторный прием, и должностей врачей вспомогательного и руководящего состава (без диагностических служб)*.

Расчетное число *среднего медперсонала, обеспечивающих проведение амбулаторного приема*, определяется как произведение расчетного числа *врачей амбулаторного приема* и расчетного по-

казателя – *коэффициента соотношения* числа врачей, ведущих амбулаторный прием, и среднего медперсонала (без вспомогательных и диагностических служб и среднего медперсонала - руководителей).

Расчетное число *среднего медперсонала вспомогательного и руководящего состава*, необходимое для организации амбулаторной помощи, определяется как произведение расчетного числа среднего медперсонала, обеспечивающих проведение амбулаторного приема, и расчетного показателя – *коэффициента соотношения* числа должностей среднего медперсонала, обеспечивающих амбулаторный прием, и должностей среднего медперсонала вспомогательного и руководящего состава (без диагностических служб).

Расчетное число *младшего медперсонала*, обеспечивающего проведение амбулаторного приема, определяется как произведение расчетного числа *врачей амбулаторного приема* и расчетного показателя – *коэффициента соотношения* числа врачей, ведущих амбулаторный прием, и младшего медперсонала (без вспомогательных и диагностических служб).

Расчетное число *прочего вспомогательного и обслуживающего персонала* определяется как произведение расчетного числа *врачей амбулаторного приема* и расчетного показателя – *коэффициента соотношения* числа врачей, ведущих амбулаторный прием, и прочего вспомогательного и обслуживающего персонала (без вспомогательных и диагностических служб).

Расчет численности врачей и остальных профессиональных групп медицинского персонала, необходимого для обеспечения стационарной медицинской помощи

Расчет численности медицинского персонала, необходимого для обеспечения стационарной медицинской помощи

включает в себя следующие группы персонала:

- лечащих врачей,
- врачей вспомогательного и руководящего состава, обеспечивающего организацию стационарной помощи,
- среднего медперсонала, непосредственно оказывающего стационарную помощь,
- среднего медперсонала вспомогательного и руководящего состава, необходимого для организации стационарной помощи,
- младшего медперсонала, обеспечивающего оказание стационарной помощи,
- прочего вспомогательного и обслуживающего персонала.

Алгоритм расчета числа должностей медицинского персонала, необходимого для оказания стационарной помощи населению представлен на рис. 3.

Расчетное число *лечащих врачей*, необходимое для оказания стационарной помощи на всех уровнях, определяется как частное от деления потребности в стационарной помощи, выраженной в *расчетном времени лечащих врачей стационара*, на расчетную *годовую норму рабочего времени врача* соответствующей специальности (региональная расчетная норма, рассчитанная по федеральной методике) по общей формуле:

$$Ч_{вр\ стп} = O_{стп} / ВР_{стнв} \quad (3)$$

где:

$Ч_{вр\ стп}$ – расчетное число лечащих врачей стационара, необходимое для оказания стационарной помощи;

$O_{стп}$ – объем стационарной помощи (в минутах рабочего времени лечащих врачей стационара);

$ВР_{стнв}$ – годовая норма рабочего времени врача соответствующей специальности (в минутах).

Расчет *персонала других, помимо лечащих врачей, профессиональных групп*,



Рис. 3. Расчет численности медицинского персонала, необходимого для оказания стационарной помощи

обеспечивающих оказание стационарной помощи, производится по общей формуле:

$$Ч_{пр\ гр\ стац} = Ч_{вр\ стац} \times K_{соотн\ ст} \quad (4)$$

где:

$Ч_{пр\ гр\ стац}$ – расчетная численность персонала соответствующей профессиональной группы;

$Ч_{вр\ стац}$ – число лечащих врачей стационара;

$K_{соотн\ ст}$ – коэффициент соотношения лечащих врачей стационара и персонала соответствующей профессиональной группы.

Расчетное число *врачей вспомогательного и руководящего состава*, необходимое для организации стационарной помощи, определяется как произведение

расчетного *числа лечащих врачей* и расчетного показателя – *коэффициента соотношения* числа лечащих врачей и врачей вспомогательного и руководящего состава (без диагностических служб).

Расчетное *число среднего медперсонала, непосредственно оказывающего стационарную помощь*, определяется как произведение расчетного *числа лечащих врачей* и расчетного показателя – *коэффициента соотношения* числа лечащих врачей и среднего медперсонала, непосредственно оказывающего стационарную помощь (без вспомогательных и диагностических служб и должностей медперсонала – руководителей).

Расчетное *число среднего медперсонала вспомогательного и руководящего состава*, необходимое для организации

стационарной помощи, определяется как произведение расчетного числа среднего медперсонала, непосредственно оказывающего стационарную помощь, и расчетного показателя – *коэффициента соотношения* числа среднего медперсонала, непосредственно оказывающего стационарную помощь, и среднего медперсонала вспомогательного и руководящего состава (без диагностических служб).

Расчетное число *младшего медперсонала*, обеспечивающего оказание стационарной помощи, определяется как произведение расчетного *числа должностей лечащих врачей* и расчетного показателя – *коэффициента соотношения* числа *лечащих врачей* и *младшего медперсонала* (без вспомогательных и диагностических служб).

Расчетное число прочего вспомогательного и обслуживающего персонала, обеспечивающего оказание стационарной помощи, определяется как произведение расчетного числа должностей *лечащих врачей* и расчетного показателя – *коэффициента соотношения* числа *лечащих врачей* и прочего вспомогательного и обслуживающего персонала, обеспечивающего оказание стационарной помощи (без вспомогательных и диагностических служб).

Расчет численности врачей и остальных профессиональных групп медицинского персонала, необходимого для обеспечения скорой медицинской помощи

Расчет численности медицинского персонала, необходимого для обеспечения скорой медицинской помощи включает в себя расчет следующих групп персонала:

- врачей бригад скорой помощи,
- врачей вспомогательного и руководящего состава, обеспечивающего организацию скорой медицинской помощи,
- среднего медперсонала, непосредственно оказывающего скорую помощь,
- среднего медперсонала вспомогательного и руководящего состава, необходимого для организации скорой медицинской помощи,
- младшего медперсонала, обеспечивающего скорую медицинскую помощь,
- прочего вспомогательного и обслуживающего персонала.

Алгоритм расчета численности медицинского персонала, необходимого для оказания скорой медицинской помощи населению представлен на рис. 4.

Расчет числа врачей бригад скорой медицинской помощи производится в разрезе наименований бригад скорой помощи, предусмотренных федеральным классификатором.

Расчетное число *врачей*, необходимых для оказания скорой помощи, определяется как произведение *расчетного числа среднегодовых односменных бригад* на расчетное *среднегодовое число врачей на односменную бригаду*.

Среднегодовое число врачей на односменную бригаду рассчитывается исходя из числа рабочих смен в году (365 суток × 4 смены), федерального расчетного норматива числа должностей врачей на бригаду в смену и расчетной годовой нормы рабочих смен врача с учетом учебы, командировок и др. оплачиваемых отвлечений.

Расчетное число *врачей вспомогательного и руководящего состава*, необходимое для организации скорой помощи, определяется как произведение расчетного *числа среднегодовых бригад скорой помощи* и расчетного показателя – *коэффициента соотношения* числа среднегодовых бригад скорой помощи и врачей вспомогательного и руководящего состава.

Расчет числа врачей бригад скорой помощи производится в разрезе наиме-

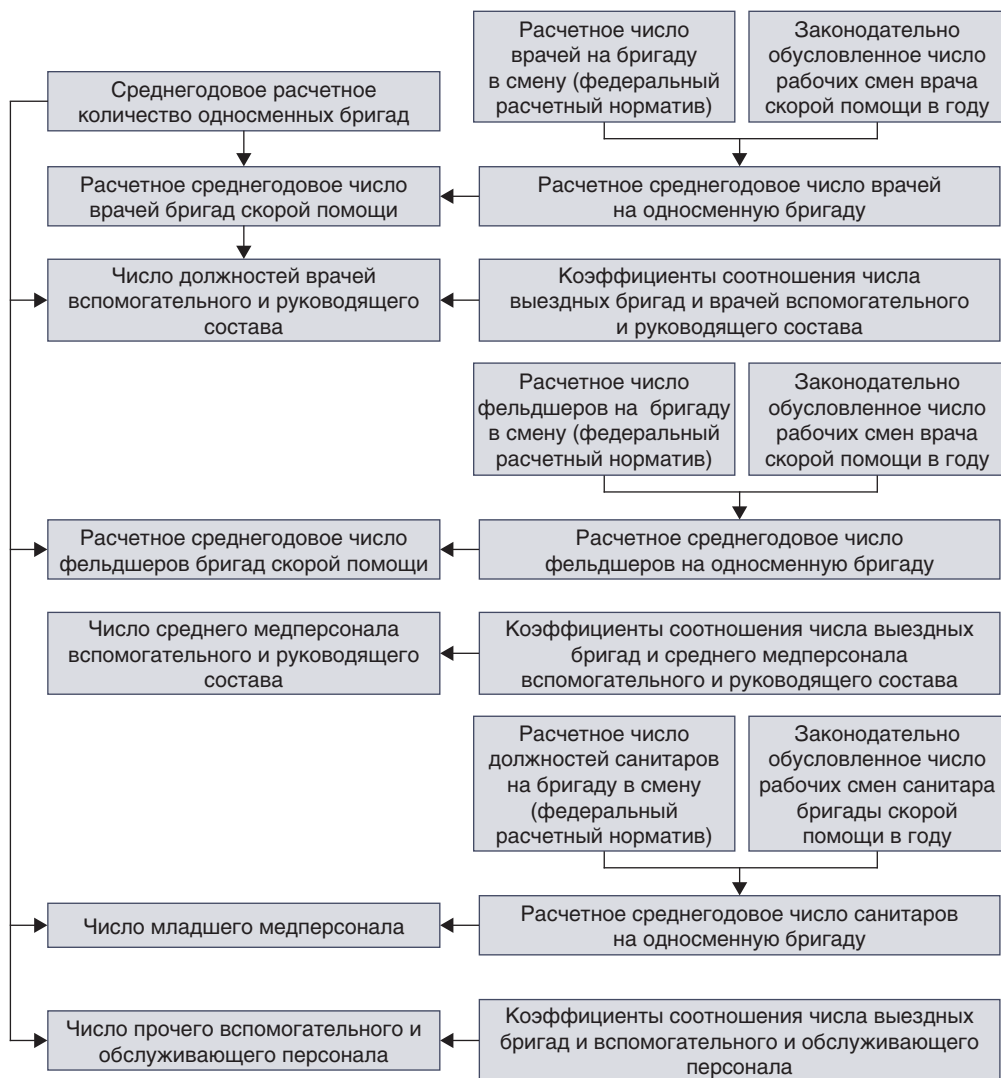


Рис. 4. Расчет численности медицинского персонала, необходимого для оказания скорой медицинской помощи

нований бригад скорой помощи, предусмотренных федеральным классификатором.

Расчетное число *фельдшеров*, необходимых для оказания скорой помощи, определяется как произведение *расчетного числа среднегодовых односменных бригад* на *расчетное среднегодовое число фельдшеров на односменную бригаду*.

Среднегодовое число фельдшеров на односменную бригаду рассчитывается исходя из числа рабочих смен в году (365 суток × 4 смены), федерального расчетного норматива числа должностей фельдшеров на бригаду в смену и расчетной годовой нормы рабочих смен фельдшера с учетом учебы, командировок и др. оплачиваемых отвлечений.

Расчетное число *среднего медперсонала вспомогательного и руководящего состава*, необходимое для организации скорой помощи, определяется как произведение расчетного числа *среднегодовых бригад скорой помощи* и расчетного показателя – *коэффициента соотношения* числа среднегодовых бригад скорой помощи и фельдшеров вспомогательного и руководящего состава.

Расчетное число *санитаров*, необходимое для оказания скорой помощи, определяется как произведение *расчетного числа среднегодовых односменных бригад* на расчетное *среднегодовое число санитаров на односменную бригаду*.

Среднегодовое число санитаров на односменную бригаду рассчитывается исходя из числа рабочих смен в году (365 суток × 4 смены), расчетного числа должностей санитаров на бригаду в смену и расчетной годовой нормы рабочих смен санитаров с учетом учебы, отпуска и др. оплачиваемых отвлечений.

Расчетное число прочего вспомогательного и обслуживающего персонала, необходимого для организации скорой помощи, определяется как произведение расчетного числа среднегодовых бригад скорой помощи и расчетного показателя – коэффициента соотношения числа среднегодовых бригад скорой помощи и прочего вспомогательного и обслуживающего персонала.

Расчет численности врачей и остальных профессиональных групп медицинского персонала, необходимого для обеспечения диагностической медицинской помощи

Расчет численности медицинского персонала, необходимого для обеспечения диагностической помощи включает в себя расчет следующих групп персонала:

- врачей, проводящих диагностические исследования,
- врачей вспомогательного и руководящего состава, обеспечивающего организацию диагностической помощи,
- среднего медперсонала, обеспечивающего проведение диагностических исследований,
- среднего медперсонала вспомогательного и руководящего состава, необходимого для организации диагностической помощи,
- младшего медперсонала, обеспечивающего проведение диагностических исследований,
- прочего вспомогательного персонала, обеспечивающего проведение диагностических исследований.

Алгоритм расчета численности медицинского персонала, необходимого для оказания диагностической помощи населению представлен на рис. 5.

Расчет численности персонала диагностических служб производится отдельно по каждой службе, представленной федеральным классификатором диагностических служб, и по каждому виду исследования.

Расчетное число *врачей*, необходимое для проведения диагностических исследований на всех уровнях оказания медицинской помощи, определяется как частное от деления *объема диагностических исследований* соответствующего вида, проводимых врачом (в минутах), на *расчетную годовую норму рабочего времени врача* соответствующей диагностической службы (региональная расчетная норма, рассчитанная по федеральной методике).

Расчетное число *среднего медперсонала*, необходимое для проведения диагностических исследований на всех уровнях оказания медицинской помощи, определяется как частное от деления *объема диагностических исследований* соответствующего вида, проводимых средним



Рис. 5. Расчет численности медицинского персонала, необходимого для оказания диагностической помощи

медперсоналом (в минутах), на расчетную годовую норму рабочего времени среднего медперсонала соответствующей диагностической службы (региональная расчетная норма, рассчитанная по федеральной методике).

Расчетное число *врачей-руководителей*, необходимых для организации диагностической помощи, определяется как произведение суммы расчетного числа *врачей и среднего медперсонала, занятых проведением исследований*, и расчетного показателя – *коэффициента соотношения* числа врачей и среднего медперсонала, занятых проведением исследований, и *врачей-руководителей* соответствующей диагностической службы.

Расчетное число *младшего медперсонала*, обеспечивающего проведение диа-

гностических исследований, определяется как произведение расчетного числа *врачей и среднего медперсонала, занятых проведением исследований*, и расчетного показателя – *коэффициента соотношения* числа врачей и среднего медперсонала, занятых проведением исследований, и должностей младшего медперсонала.

Расчет числа должностей для оказания диагностической помощи производится отдельно по каждому виду диагностических исследований – бактериологических, биохимических, гистологических, иммунологических, общеклинических, цитологических, радиологических, рентгенологических, ультразвуковых, функциональных, эндоскопических.

Рекомендации по организации прогнозирования потребностей в кадровых ресурсах здравоохранения

Предлагаемые методологические подходы направлены на значительное повышение качества прогнозирования потребности в медицинских кадрах.

Вместе с тем следует отчетливо представлять, что для их реализации требуется проведение целого ряда системных мероприятий:

- организация федеральной исследовательской лаборатории нормирования труда и штатного нормирования в здравоохранении;
- планомерный пересмотр действующих норм и нормативов по труду работников здравоохранения с учетом внедренных в последние годы и находящихся в стадии разработки новых медицинских технологий;
- разработка и принятие программы актуализации штатных нормативов организаций здравоохранения и плана ее реализации;
- разработка методических рекомендаций по долгосрочному прогнозированию заболеваемости и болезненности населения;
- включение в планы-заказы научно-исследовательских работ для профильных федеральных НИИ и НИИ Российской академии наук разработок прогнозов заболеваемости и болезненности населения;
- завершение разработки стандартов оказания медицинской помощи при конкретных заболеваниях и состояниях, организация работы по актуализации указанных стандартов параллельно с внедрением новых технологий диагностики и лечения;
- включение в планы подготовки и переподготовки организаторов здравоохранения и специалистов планово-экономических и кадровых служб

региональных органов управления здравоохранением разделов по теории и практике прогнозирования потребностей в кадровых ресурсах здравоохранения.

Реализация этих мероприятий позволит сформировать систему непрерывной перспективной оценки потребности населения в медицинских кадрах, поднять уровень их планирования и эффективность использования, и тем самым повысить качество и доступность медицинской помощи.

Коррекция общей потребности в кадровых ресурсах с учетом изменений организации оказания медицинской помощи

Помимо изменения факторов, напрямую влияющих на оценку потребности в кадровых ресурсах (прогнозы численности и структуры населения, общей заболеваемости, удельных затрат медицинской помощи, норм труда) на эту потребность могут оказывать значительное влияние и структурные сдвиги, направленные на устранение накапливающихся дисбалансов в системе оказания медицинской помощи.

К основным дисбалансам системы оказания медицинской помощи, приводящим к неоправданному повышению потребности в медицинских кадрах, можно отнести:

- доминирование стационарной помощи,
- чрезмерная специализация амбулаторной помощи,
- низкая приоритетность звена первичной медико-санитарной помощи.

Можно выделить следующие наиболее важные структурные сдвиги, которые следует учитывать при моделировании и прогнозировании потребностей в кадровых ресурсах:

- переход от терапевтической к общеврачебной модели участковой службы, сопровождающийся

разукрупнением врачебных участков. Расширение компетенции участковой службы и усиление ее координирующей функции на базе ее перевода на общеврачебную модель позволяет рационализировать ведение больных и сократить потребность в узких специалистах;

- перемещение части стационарной помощи на амбулаторный этап;
- интенсификация процесса оказания стационарной помощи, направленная на сокращение длительности госпитализаций. Повышение уровня организации стационарной помощи способствует повышению производительности труда, а соответственно, и снижению потребности в медицинском персонале. Примером может служить укрупнение стационаров, позволяющее организовать круглосуточную работу диагностических подразделений и сократить тем самым диагностический период.

Ожидаемое воздействие структурных сдвигов на потребность в кадровых ресурсах должно включаться в вероятностные модели многофакторного прогнозирования потребности в медицинских кадрах.

Проведенные нами расчеты влияния этих структурных сдвигов дали следующие результаты³.

Важно ➤ Переход от действующей терапевтической модели к модели общей врачебной практики потребует увеличения числа врачей участковой службы на 45,4 тыс. (на 63%). Одновременно это обеспе-

чит сокращение потребности в узких специалистах на 21,7 тыс. или на 16,7% ■

Нетто-баланс – необходимо дополнительно 23,7 тыс. врачей. Эта дополнительная потребность может быть удовлетворена за счет переквалификации части врачей-специалистов поликлиник на врачей общей практики, а также врачей стационаров, высвобождаемых в результате двух следующих структурных сдвигов.

Снижение средней длительности пребывания больного на койке с 12,3 дней (2012 г.) до 10,3 дней позволит уменьшить потребность во врачах клинических специальностей в стационарах, подведомственных Минздраву России, на 11,1 тыс.

Передача 20% случаев медицинской помощи из стационара в амбулаторную службу может дать снижение потребности во врачах на 4,3 тысячи.

В целом расчеты показывают, что в результате реализации равнонаправленных структурных преобразований – перехода на общеврачебную модель участковой службы, разукрупнения врачебных участков, сокращения срока госпитализации, передачи части объемов стационарной помощи поликлиникам – имеющийся дефицит врачей может быть снижен до 8,4 тыс., что составляет всего лишь 2,7% от работающих врачей клинических специальностей.

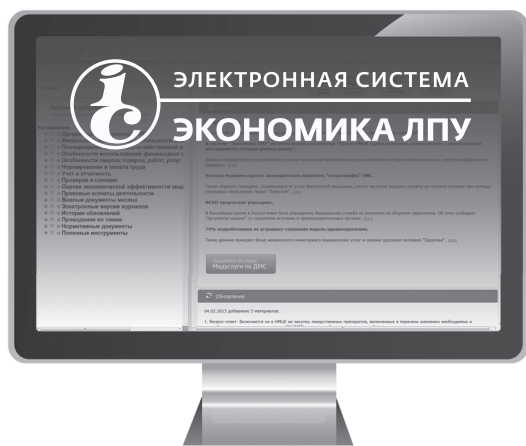
Такой дефицит может быть успешно устранен за счет мероприятий по повышению уровня организации труда имеющегося персонала и оптимизации соотношения врачей и остальных профессиональных групп.

¹ Окончание. Начало см. «Здравоохранение». 2015. № 3. С. 62–70.

² Моделирование и прогнозирование потребности системы здравоохранения в кадровых ресурсах с учетом влияния мер по модернизации отрасли и изменений в отраслях социальной сферы, направленных на повышение эффективности здравоохранения. Отчет Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики», Москва, 2014 г.

³ Подробнее см. Моделирование и прогнозирование потребности системы здравоохранения в кадровых ресурсах с учетом влияния мер по модернизации отрасли и изменений в отраслях социальной сферы, направленных на повышение эффективности здравоохранения. Отчет Национального исследовательского университета Высшая школа экономики, Москва, 2014 г.

Электронная система «Экономика ЛПУ»

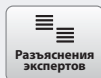


Система экспертных
рекомендаций
с нормативными
документами
и электронными версиями
журналов для экономистов
медицинских организаций



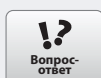
**Проводники
по темам**

Новинка!
Проводники по темам
Подборка экспертных
материалов по сложным темам



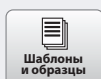
**Разъяснения
экспертов**

Разъяснения экспертов
Авторские рекомендации
к действию в сложных ситуациях



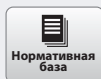
**Вопрос-
ответ**

Вопрос – ответ
База ответов экспертов
на горячие вопросы



**Шаблоны
и образцы**

Шаблоны и образцы
Формы и образцы локальных
актов медорганизации



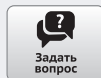
**Нормативная
база**

Нормативная база
Законы, приказы, письма,
регламентирующие работу ЛПУ



**Видео-
семинары**

Новинка!
Видеосеминары
Видеозаписи семинаров ведущих
экспертов на актуальные темы



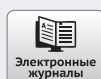
**Задать
вопрос**

Консультации экспертов
Сервис с возможностью задать
вопрос эксперту



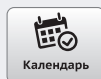
Калькуляторы

Электронные калькуляторы
Расчет основных показателей
финансовой деятельности ЛПУ



**Электронные
журналы**

Электронные версии журналов
Подборка профессиональных
журналов для экономистов



Календарь

Календарь-планировщик
Электронный рабочий
планировщик с напоминаниями

Взаимозаменяемость лекарственных препаратов: теоретические и практические аспекты

ключевые слова

лекарственные средства, воспроизведенные препараты, взаимозаменяемость, терапевтическая эквивалентность

Ф.Ф. Яркаяева,
д-р фарм. наук, зам.
министра здравоохранения Республики Татарстан

Д.Г. Семенихин,
канд. мед. наук,
доц., зав. кафедрой
клинической
фармакологии
и фармакотерапии
ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России

И.С. Бурашникова,
асс. каф. клинической фармакологии и фармакотерапии ГБОУ ДПО Казанская государственная медицинская академия, врач – клинический фармаколог высшей категории Казанского филиала ФГБУ «ИМЦЭУАОСМП» Росздравнадзора

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ТРАДИЦИОННО ДОРОГИ В ПЕРИОД ДЕЙСТВИЯ ПАТЕНТНОЙ ЗАЩИТЫ, А ЧАСТО, И ПОСЛЕ ЕЕ ОКОНЧАНИЯ.

В ТО ЖЕ ВРЕМЯ, ВРАЧИ МНОГИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ НЕ МОГУТ ОБОЙТИСЬ БЕЗ НАЗНАЧЕНИЯ ОРИГИНАЛЬНЫХ ЗАРУБЕЖНЫХ ПРЕПАРАТОВ В СВЯЗИ С ОТСУТСТВИЕМ АЛЬТЕРНАТИВНЫХ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ РАЗРАБОТОК.

ПРИНЯТИЕ РЕШЕНИЯ О ВЗАИМОЗАМЕЯЕМОСТИ ОРИГИНАЛЬНЫХ И ВОСПРОИЗВЕДЕННЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ, А ТАКЖЕ РАЗЛИЧНЫХ ДЖЕНЕРИКОВ МЕЖДУ СОБОЙ, ПРЕДСТАВЛЯЕТ ОДНУ ИЗ НАИБОЛЕЕ АКТУАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

Увеличение доли использования дженериков в тех областях медицины, где это возможно, позволяет перераспределить финансовые средства на приобретение инновационных препаратов для пациентов, которым они абсолютно необходимы.

В сложившихся социально-экономических условиях поиск путей оптимизации расходов на лекарственное обеспечение является первоочередной задачей. При этом, экономия при приобретении лекарственных препаратов-дженериков не должна приводить к потере качества, эффективности и безопасности.

Особенности российского фармацевтического рынка и его регулирования

Многие страны с развитой экономикой ориентированы на увеличение доли использования дженериков, что подтверждается постоянным ростом их потребления на мировом уровне. По прогнозам компании IMS Health, к 2018 г. потребление дженериков достигнет 1 трлн долларов США¹. В России доля дженериков на фармацевтическом рынке уже составляет 80–90%.

Однако, механизмы снижения затрат на лекарственное обеспечение при переходе на дженерики в других странах не срабатывают в условиях российского регулирования фармацевтического рынка. В первую очередь, это связано с несовершенством

БОЛЬШУЮ ЧАСТЬ ИНОСТРАННЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ МОЖНО ЗАМЕНИТЬ ОТЕЧЕСТВЕННЫМИ... ЗАДАЧЕЙ НОМЕР ОДИН ОСТАЕТСЯ РАСШИРЕНИЕ ВНУТРЕННЕГО ПРОИЗВОДСТВА ВСЕХ МЕДИЦИНСКИХ ПРЕПАРАТОВ И ИЗДЕЛИЙ НА РОССИЙСКОМ РЫНКЕ.

О.Ю. Голодец, вице-премьер РФ

российского законодательства в вопросах регистрации лекарственных препаратов (ЛП) и ценообразования.

Результатом является наличие на фармацевтическом рынке множества воспроизведенных ЛП, у которых отличаются инструкции по применению (в том числе, показания, противопоказания и побочные эффекты). Несмотря на некоторое снижение таких препаратов по сравнению с предыдущими годами, в Государственном реестре лекарственных средств (ГРЛС)² зарегистрировано 248 ЛП с МНН диклофенак, 195 препаратов с МНН эналаприл, 119 препаратов с МНН ципрофлоксацин (с учетом различных дозировок и форм выпуска).

Известны экономические способы регулирования количества дженериков в зарубежных странах: законодательно цена первого выходящего на рынок дженерика устанавливается на 25% ниже цены оригинального препарата, а цены последующих – на 5–7% ниже первого, что делает невыгодным выход на рынок всех последующих версий.

Важно ➤ В России законом регулируются цены только на лекарственные средства, входящие в перечень ЖНВЛП ■

Обновленный перечень ЖНВЛП, утвержденный Распоряжением Правительства Российской Федерации от 30.12.2014 № 2782-р³, содержит 608 МНН, из которых 413 позиций (67%) составляют препараты, производящиеся либо в России, либо на локализованных в нашей стране производствах.

Регулирование стоимости осуществляется путем установления предельной отпускной цены и максимальных торговых надбавок (в рублях) на ЛП перечня ЖНВЛП при государственной регистрации (независимо от страны производства). Данная мера должна предупредить резкое колебание стоимости импортных лекарств, зависящих от курса валют.

Однако в данной ситуации эксперты предполагают неизбежное повышение цен на лекарства, не входящие в перечень ЖНВЛП: производители, оптовые и розничные организации будут стре-

Оценка рисков



НЕОДНОЗНАЧНОСТЬ ТОЛКОВАНИЯ ПОНЯТИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОПРЕДЕЛЕНИЕМ ВЗАИМОЗАМЕНИМОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА



НЕСОВЕРШЕНСТВО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА В СФЕРЕ РЕГУЛИРОВАНИЯ ЦЕН НА ОРИГИНАЛЬНЫЕ И ВОСПРОИЗВЕДЕННЫЕ ЛП



РАЗЛИЧИЕ ИНТЕРЕСОВ УЧАСТНИКОВ ОБРАЩЕНИЯ ЛЕКАРСТВ (ГОСУДАРСТВА, ПРОИЗВОДИТЕЛЕЙ, ПОСТАВЩИКОВ, АПТЕЧНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ, ВРАЧЕЙ И ПАЦИЕНТОВ)

миться к компенсации недополученной прибыли от ЖНВЛП через повышение стоимости «нерегулируемых» ЛП.

В результате в 2014 г. на фоне небольшого спада фармацевтического рынка за год в упаковках (-3,6%), был отмечен рост в рублях на 9,3%⁴. При этом, в большей степени подорожали лекарства российского производства (на 21,8%), в то время как увеличение цены импортных препаратов составило лишь 14,3%.

Возможно, причиной тому является преимущественно импортное происхождение фармацевтических субстанций (доля отечественных не превышает 5–10%), а также, более низкая исходная стоимость отечественных препаратов (в связи с чем их относительное подорожание выглядит более существенным).

Важно ➤ В настоящее время в России предпринимается попытка регуляции числа дженериков в процессе их регистрации, а также путем ограничения участия в госзакупках лекарств иностранных производителей в случае, если препарат (по заявленному МНН) выпускают два и более российских производителя (так называемый законопроект о «третьем лишнем»). Однако, по мнению экспертов, более эффективным способом является создание условий для конкуренции производителей и стимулов для снижения цен на ЛП ■

Понятие «взаимозаменяемость» соответствует англоязычному термину «interchangeability» и касается замены оригинального ЛП на дженерик или замены одного дженерика на другой с тем же действующим веществом (в отличие от терапевтической замены, когда подразумевается замена препарата на другой препарат – представитель терапевтического класса). Этого подхода придерживаются ВОЗ⁵, FDA⁶.

Федеральным законом РФ от 22.12.2014 № 429-ФЗ «О внесении изменений в Феде-

ральный закон «Об обращении лекарственных средств»» (далее – Закон № 429-ФЗ) в российское законодательство впервые вводятся определения референтного препарата как эталона, взаимозаменяемого, биоаналогового (биоподобного) ЛП, а также определение терапевтической эквивалентности. Эти изменения значительно приблизили российское законодательство к международным нормам.

Ключевые изменения российского подхода к оценке взаимозаменяемости в сопоставлении с международными рекомендациями отражены в табл. 1.

Основные термины в статье будут рассмотрены на примере препаратов вальпроевой кислоты (см. табл. 2). Согласно новой редакции закона, Депакин хроно (таблетки пролонгированного действия, покрытые оболочкой, 500 мг (№ 12)) будет считаться референтным препаратом для воспроизведенных препаратов Вальпарин ХР (№ 10) и Конвулекс (№ 11) в той же дозировке и форме выпуска.

Фармацевтическая эквивалентность

Лекарственные препараты являются фармацевтически эквивалентными, если они содержат одинаковое количество одной и той же активной субстанции (субстанций) в одной и той же лекарственной форме, отвечают сопоставимым стандартам качества и предназначены для одного пути введения (ВОЗ).

Таким образом, препараты вальпроевой кислоты в форме таблеток № 6–9 являются фармацевтически эквивалентными друг другу, так же как фармацевтически эквиваленты препараты № 10, № 11 и № 12. Также фармацевтически эквивалентными следует считать препараты №1 и № 10–12.

Тут же приведем пример, когда название лекарственной формы может способствовать заключению врача о невозможности его замены. Так, оригинальный

Таблица 1

Сравнительная характеристика определений взаимозаменяемости согласно Федеральному закону № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»¹ и международных рекомендаций

Старая редакция	Новая редакция	Международные рекомендации (ВОЗ)
Ст. 4 п. 11: «Оригинальное ЛС - это ЛС, содержащее впервые полученную фармацевтическую субстанцию или новую комбинацию фармацевтических субстанций, эффективность и безопасность которых подтверждены результатами доклинических исследований ЛС и клинических исследований ЛП»	Ст. 4 п. 11: « <i>Референтный ЛП - ЛП, который впервые зарегистрирован в Российской Федерации, качество, эффективность и безопасность которого доказаны на основании результатов доклинических исследований ЛС и клинических исследований ЛП, проведенных в соответствии с требованиями ч. 3 ст. 18 настоящего ФЗ, и биоэквивалентности или терапевтической эквивалентности, качества, эффективности и безопасности воспроизведенного или биоаналогового (биоподобного) ЛП</i> »	Инновационный продукт («innovator pharmaceutical product») – это продукт, впервые разрешенный к применению на основе документации о его качестве, безопасности и эффективности
Ст. 4 п. 12: «Воспроизведенное ЛС – ЛС, содержащее такую же фармацевтическую субстанцию или комбинацию таких же фармацевтических субстанций в такой же лекарственной форме, что и оригинальное ЛС, и поступившее в обращение после поступления в обращение оригинального ЛС»	Ст. 4 п. 12: « <i>Воспроизведенный ЛП – лекарственный препарат, который имеет такой же качественный состав и количественный состав действующих веществ в такой же лекарственной форме, что и референтный ЛП, и биоэквивалентность или терапевтическая эквивалентность которого референтному ЛП подтверждена соответствующими исследованиями</i> »	«Мультиисточниковые лекарственные препараты» (multisource pharmaceutical products), «дженерик» (generic product) – фармацевтически эквивалентные или фармацевтически альтернативные препараты , которые могут быть или не быть терапевтически эквивалентными
	Ст. 4 п. 12.3: « <i>Взаимозаменяемый ЛП – лекарственный препарат с доказанной терапевтической эквивалентностью или биоэквивалентностью в отношении референтного ЛП, имеющий эквивалентные ему качественный состав и количественный состав действующих веществ, состав вспомогательных веществ, лекарственную форму и способ введения</i> »	Взаимозаменяемый ЛП – это препарат, который является терапевтически эквивалентным при сопоставлении с препаратом сравнения и на который препарат сравнения можно заменить в клинической практике

¹ Федеральный закон от 12.04.2010 № 61-ФЗ (ред. от 22.10.2014) «Об обращении лекарственных средств» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2015).

препарат Беталок Зок (МНН метопролол) в настоящее время представлен в ГРЛС в виде двух лекарственных форм: таблетки пролонгированного действия, покрытые пленочной оболочкой, и таблетки, покрытые оболочкой, замедленного высвобождения. Воспроизведенные препа-

раты присутствуют только в лекарственной форме таблетки пролонгированного действия, покрытые пленочной оболочкой. Не исключено, что особое название лекарственной формы препарата выгодно производителю для его выделения среди аналогичных препаратов.

Таблица 2

Сравнительная таблица препаратов вальпроевой кислоты, зарегистрированных в РФ (адаптировано из ГРЛС, дата обращения 10.02.2015)

№ п/п	Торговое наименование лекарственного препарата	Дозировка	Лекарственная форма	Кол-во в потребит. упаковке	Предельная цена руб. без НДС
1	Депакин Хроносфера	500 мг	гранулы пролонгированного действия для приема внутрь	30	551,16
2	Энкорат	300 мг	таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой	100	259,80
3	Депакин энтерик 300	300 мг		100	792,56
4	Конвулекс	300 мг		100	217,16
5	Конвульсофин	300 мг		100	441,79
6	Депакин хроно	300 мг		100	920,74
7	Вальпарин ХР	300 мг		100	532,84
8	Конвулекс	300 мг		50	252,51
9	Энкорат Хроно	300 мг		30	147,25
10	Вальпарин ХР	500 мг		100	993,34
11	Конвулекс	500 мг		50	420,85
12	Депакин хроно	500 мг		30	465,71

Фармацевтическая альтернативность

Фармацевтически альтернативные ЛП предназначены для одного пути введения, содержат одинаковое количество одного и того же активного вещества, но различаются по лекарственной форме (например, таблетки с замедленным и обычным высвобождением) и/или по химической форме (например, вальпроат натрия и вальпроевая кислота, натриевая и калиевая соли бензилпенициллина), (ВОЗ).

Таким образом, фармацевтически альтернативные препараты могут вызывать различные клинические эффекты (в том числе, нежелательные), поэтому они не могут быть однозначно признаны терапевтически эквивалентными, а значит, и взаимозаменяемыми.

Так, в табл. 2 препараты обычной продолжительности действия № 2 и № 3 являются фармацевтически альтернативными препаратам пролонгированного действия № 6–9.

Однако, верно и то, что в реальной врачебной практике одному и тому же пациенту для достижения сравнимого

клинического эффекта возможно подобрать как препарат пролонгированного действия, так и обычный.

Биологическая эквивалентность

Понятие биологической эквивалентности (биоэквивалентности) возникло в связи с неоднородностью источников происхождения фармацевтических субстанций и вспомогательных веществ различных дженериков (синоним «мультиисточниковые препараты»), что может определять некоторые качественные и количественные различия конечных препаратов.

Для определения биоэквивалентности проводятся дорогостоящие продолжительные фармакокинетические испытания.

Исходя из ст. 4 п. 45 Федерального закона от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» (далее – Закон № 61-ФЗ), исследование биоэквивалентности ЛП – вид клинического исследования ЛП, во время которого определяются фармакокинетические особенности воспроизведенного ЛП в сопоставлении с референтным ЛП.

ВОЗ определяет ЛП биоэквивалентными, если они фармацевтически эквивалентны или являются фармацевтически альтернативными, а их биодоступность с точки зрения максимальной концентрации в плазме крови (C_{max}), времени достижения этой концентрации (T_{max}) и площади под фармакокинетической кривой (AUC) после применения в одинаковой молярной дозе при одинаковых условиях сходна до такой степени, в которой их эффекты являются по существу одинаковыми.

Важно ➤ Если в исследовании биоэквивалентности было показано, что если при 90% доверительном интервале (90% CI) параметры биодоступности воспроизведенного ЛП находятся в диапазоне от 80 до 125% от референтного препарата, то его эффективность и безопасность признаются сопоставимыми ■

В рекомендациях ВОЗ указывается, что в некоторых случаях основанием для заключения о биоэквивалентности испытуемого и оригинального ЛП может служить сопоставимость их профилей растворения с помощью оценки скорости высвобождения активного вещества из лекарственной формы (тест «растворимость»).

Терапевтическая эквивалентность

Для экспертного заключения о взаимозаменяемости воспроизведенного ЛП в соответствии с новой редакцией закона «Об обращении лекарственных средств» необходимо подтверждение его биоэквивалентности либо терапевтической эквивалентности, под которой подразумевается достижение клинически сопоставимого терапевтического эффекта при применении ЛП для медицинского применения для одной и той же группы больных по одним и тем же показаниям к применению (ст. 4 п.12.1 новой редакции Закон № 61-ФЗ).

Согласно определению ВОЗ, «два ЛП являются терапевтически эквивалентными, если они фармацевтически эквивалентны или являются фармацевтически альтернативными и после их применения в одной молярной дозе их эффективность и безопасность являются по существу одинаковыми, когда они применяются одним путем при условиях, описанных в инструкции».

Из этого следует, что в большинстве случаев воспроизведенные ЛС могут считаться терапевтически эквивалентными без дополнительных исследований, при условии, что отличающиеся вспомогательные вещества не оказывают влияние на безопасность и/или эффективность лекарственного препарата.

Однако, в связи со сложностью состава, результаты клинических исследований сохраняют значимость для доказательства эквивалентности аналогов фармацевтических средств биологического происхождения (так называемых биоаналогов), для которых исследования терапевтической эквивалентности являются одним из условий регистрации.

В статье 27.1 Закона № 61-ФЗ «Порядок определения взаимозаменяемости лекарственных препаратов для медицинского применения» также разъяснено, что при отсутствии клинически значимых различий фармакокинетики и (или) безопасности и эффективности ЛП для медицинского применения следующие факторы не являются препятствием для их взаимозаменяемости:

- 1) «...использование различных солей, эфиров, комплексов, изомеров, кристаллических форм и других производных одного и того же действующего вещества...»;
- 2) «...различия лекарственных форм...»;
- 3) «...различия состава вспомогательных веществ...» (если это не приводит к риску возникновения серьезных нежела-

тельных реакций у отдельных групп пациентов или повышению частоты их возникновения).

Та же статья устанавливает, что взаимозаменяемость ЛП определяется при соответствии производителя требованиям надлежащей производственной практики (GMP).

Важно » Несмотря на многообразие толкования понятий, связанных с определением взаимозаменяемости, основным является принцип «от сопоставимости состава – к сопоставимости эффектов». Таким образом, при соответствии качества воспроизведенного ЛП требованиям нормативной документации отсутствуют основания для сомнений в его терапевтической эквивалентности оригинальному ЛП ■

В ст. 3 Закона № 429-ФЗ указано, что с 01.01.2018 г. информация о взаимозаменяемости лекарственных препаратов для медицинского применения подлежит включению в государственный реестр лекарственных средств.

Конфликт интересов

В скорейшем решении вопроса о взаимозаменяемости ЛП заинтересованы все участники обращения лекарств – государство, производители, поставщики, аптечные учреждения, врачи и пациенты, а также представители ФАС. В то же время, каждая из сторон преследует собственные интересы.

Проблема взаимозаменяемости наиболее остро стоит в амбулаторном секторе, так как в условиях нахождения в стационаре обеспечение пациента конкретным торговым наименованием по отдельному аукциону затруднено.

С позиции государства и менеджеров здравоохранения очевидно предпочтение закупки взаимозаменяемого препарата, наиболее привлекательного по стоимости (наиболее экономически

эффективного) при удовлетворении условию соответствия нормам качества, эффективности и безопасности.

Позиция лечащего врача состоит в обеспечении эффективного и безопасного лечения исходя из стандартов лечения и клинического опыта.

В то же время, по результатам социологических опросов показано, что фармацевтическая реклама оказывает значительное влияние на предпочтение врача о назначении оригинального либо препарата-дженерика⁷.

Также не исключена ситуация финансового конфликта интересов, если врач рекомендует или нацеливает пациента на конкретное торговое наименование.

Позиция пациентов согласно проведенным социологическим опросам, информированность большинства российских пациентов о значении понятий бренда и дженерика является достаточно низкой⁸.

Предпочтение к приему того или иного ЛП отличается в зависимости от источника оплаты. Так, если в рамках льготного обеспечения пациенты настроены по возможности получить самый лучший, по их мнению, дорогостоящий оригинальный препарат, то при оплате лечения из личных средств они также стремятся к экономии.

В то же время, приверженность пациентов к определенному лекарственному препарату может иметь психологическую природу и объясняться инерцией мышления, особенно у пожилых пациентов. Это влечет за собой психологическое сопротивление при попытке назначения препаратов, отличающихся по названию и внешним характеристикам лекарственной формы, и проявляется, в том числе, в виде жалоб о неэффективности/непереносимости (отрицательный плацебо-эффект)⁹. Кроме того, описаны особенности личности пациентов с различными нозологиями, объясняющие тип реагирования.

Также известна возможность влияния на запросы пациентов о конкретных препаратах фармацевтических компаний, например, через общества пациентов с сахарным диабетом, муковисцидозом и т. п. В подобных случаях огромное значение имеет налаживание контакта врач-пациент с разъяснениями о взаимозаменяемости препаратов.

Здесь же считаем необходимым поставить вопрос об объективизации жалоб пациента о неэффективности/непереносимости воспроизведенных препаратов.

Исходя из опыта работы Регионального центра мониторинга безопасности лекарственной терапии, можно сказать, что за 2014 год врачами ЛПУ Республики Татарстан было заполнено по три извещения о непереносимости воспроизведенных препаратов Вальпарин ХР (на основании жалоб об учащении эпилептических приступов) и Микразим (жалобы на учащение стула при муковисцидозе) в отношении пациентов, получающих амбулаторное лечение, с запросом о покупке лекарственного препарата по торговому наименованию.

Таким образом, необходимо разработать механизм по объективизации случаев индивидуальной непереносимости с обеспечением врачебного контроля за клиническими изменениями при смене препарата.

В этой связи показателен пример, когда у одного пациента на фоне стационарного лечения воспроизведенным циклоспирином Экорал развивалось отторжение почечного трансплантата (при эффективности оригинального (референтного) препарата препарата Сандиммун Неорал), а у другого он был клинически эффективен (назначен после отсутствия эффекта другого воспроизведенного препарата Панимун Биорал). Это свидетельствует о необходимости индивидуализированного подхода к пациенту в вопросах взаимозаменяемости оригинального и воспроизведенных ЛП и воспроизведенных ЛП между собой.

Позиция бизнеса отличается у производителей оригинальных и препаратов-дженериков, но в общем заключается в стремлении к получению максимальной прибыли. Производители дженериков заинтересованы в создании впечатления об оригинальности и положительном отличии от других препаратов, что позволяет повысить его стоимость¹⁰.

Важно ➤ В связи с особенностями регулирования, в России сложилась ситуация, когда препарат-дженерик, в т.ч., среди лекарств из перечня ЖНВЛП, может стоить дороже оригинального ■

Распространенным приемом производителей оригинальных препаратов и брендированных препаратов-дженериков (патентованных, более дорогостоящих) является проведение сравнительных фармакоэкономических исследований, когда экономически эффективным с учетом отдаленных результатов и частоты развития непереносимости либо побочных эффектов и их лечения оказывается назначение более дорогого препарата.

Здесь необходимо отметить, что в условиях стационара экономия от приобретения более доступных по стоимости препаратов очевидна. Фармакоэкономические исследования, проведенные в других странах, зачастую не применимы в условиях России¹¹.

Применительно к амбулаторной практике нужно отметить, что ввиду динамичности социально-экономической ситуации настоящего времени, представляется затруднительным ориентироваться на результаты фармакоэкономических исследований на основе методов моделирования, показывающих, что использование дорогостоящих препаратов для лечения хронических заболеваний принесет социально-экономическую выгоду в далекой перспективе. Через

несколько лет могут появиться альтернативные методы лечения, изменится стоимость препаратов, а результат от вложений важен и нужен здесь и сейчас.

Позиция ФАС направлена на предотвращение ограничения конкуренции и необоснованного ограничения числа производителей-участников закупок, в связи с чем основными нареканиями к заказчикам является установление чрезмерных требований к товару. Основные положения о взаимозаменяемости ЛП в целом соответствуют нововведениям ФЗ № 61. Так, аналогичные по МНН, лекарственной форме и дозировке лекарственные препараты следует относить к взаимозаменяемым ЛП:

- Лекарственные формы, соответствующие одному способу введения и применения и обеспечивающие достижение необходимого лечебного эффекта, следует относить к взаимозаменяемым лекарственным формам.
- Удобство применения ЛП в определенной лекарственной форме для медицинского персонала не связано с его терапевтической эффективностью.
- Различные дозировки ЛП следует считать взаимозаменяемыми, если существует возможность их кратного сопоставления. Например, одну таблетку с дозировкой действующего вещества

100 мг можно заменить двумя таблетками аналогичного ЛП с дозировкой по 50 мг.

Таким образом, взаимозаменяемыми являются препараты вальпроевой кислоты пролонгированного действия для приема внутрь с дозировкой 500 мг Депакин Хроносфера (гранулы), и таблетки Вальпарин ХР, Конвулекс, Депакин хроно, за исключением случаев индивидуальной непереносимости.

Выводы

1. Использование дженериков является инструментом повышения доступности лекарств, в том числе оригинальных препаратов, в рамках государственных программ и для отдельных пациентов.

2. Внедрение норм GMP должно способствовать стандартизации качества воспроизведенных лекарственных препаратов отечественного производства и решению вопроса об их взаимозаменяемости.

3. Необходимо совершенствование законодательства в сфере регулирования ценообразования как на оригинальные, так и на воспроизведенные лекарственные препараты.

4. Решение о взаимозаменяемости лекарственных препаратов на всех уровнях должно быть объективным.

¹ <http://mosapteki.ru/material/dzheneriki-vyzovy-i-perspektivy-3970>.

² <http://grls.rosminzdrav.ru/>, дата обращения 10.02.2015.

³ Распоряжение Правительства РФ от 30.12.2014 № 2782-р «Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов на 2015 год, а также перечней лекарственных препаратов для медицинского применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи».

⁴ Маркетинговое агентство DSM Group Фармацевтический рынок России: Итоги 2014 года <http://www.dsm.ru/about/news/102/>.

⁵ WHO Technical Report Series, No. 937, 2006. Annex 7: Multisource (Generic) Pharmaceutical Products: Guidelines on Registration Requirements to Establish Interchangeability.

⁶ Approved Drug Products with Therapeutic Equivalence Evaluations, 31st ed., FDA, 2011.

⁷ Семенихин Д.Г., Бурашникова И.С. Особенности отношения врачей-психиатров к проблеме продвижения лекарств // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2014. № 6, с. 45–48.

⁸ Отношение населения к препаратам в зависимости от страны происхождения и оригинальности продукта // Synovate Comcon HealthIndex. Дайджест исследований конечных потребителей. Выпуск XII (II – 2013) / URL: www.comcon-2.com/download.asp?505.

⁹ Лапин И.П. Личность и лекарство. Введение в психологию фармакотерапии. СПб.: Деан, 2001. С. 414.

¹⁰ Шабров Р.В. Закон «Об обращении лекарственных средств»: обзор и анализ изменений / Р.В.Шабров, А.Д. Шадрин // Ремедиум. 2013. № 12. С. 6–13.

¹¹ Ягудина Р.И., Куликов А.Ю., Тихомирова А.В. Возможность переноса фармакоэкономических данных из страны в страну // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. 2009. № 3. С. 8–18

Электронная система «Экономика ЛПУ»

Экспертиза качества

Открыть систему | Открыть систему | Отложенные материалы [0] | История просмотров | Сохраненные поисковые запросы | Настройки | Справка | Выйти

ЭЛЕКТРОННАЯ СИСТЕМА
ЭКОНОМИКА ЛПУ

ИСКАТЬ

Главная страница | **Экспертиза ка.х**

Рубрики | Избранное | Инструменты

Отложить материал | Сохранить | Печать

Фильтровать результаты

Все результаты

- ☒ По типу материала
 - ☐ Экспертные материалы
 - ☐ Шаблоны и образцы
 - ☐ Судебная практика
 - ☐ Нормативные акты
- ☒ По источнику финансирования
 - ☐ Бюджет
 - ☐ ОМС
 - ☐ Платные медицинские услуги
 - ☐ Проведение клинических испытаний
- ☒ По рубрикам
 - ☐ Организация деятельности ЛПУ
 - ☐ Финансовое обеспечение деятельности в сфере ОМС
 - ☐ Особенности использования финансовых средств
 - ☐ Особенности закупок товаров, работ, услуг
 - ☐ Нормирование и оплата труда
 - ☐ Учет и отчетность
 - ☐ Проверки и санкции
 - ☐ Оценка экономической эффективности медицинской организации
 - ☐ Важные документы месяца
 - ☐ Электронные версии журналов
 - ☐ История обновлений
 - ☐ Горячие темы
 - ☐ Нормативные документы

- ☐ **Проводник по теме: Проводник по теме: Оказание медицинских услуг в рамках ДМС**
- Договор со страховой компанией: гарантии качества >>> Права застрахованных по ДМС...по ДМС: СМО не согласовала услугу >>> Экспертиза КМП по ДМС Экспертиза КМП по ДМС: кто проводит >>> Экспертиза КМП по ДМС: предоставление документации...
- ☐ **Вопрос-Ответ: Кто несет ответственность перед медицинской организацией за ненадлежащее проведение экспертизы качества медицинской помощи?**
- ...за ненадлежащее проведение экспертизы качества медицинской помощи? В соответствии...г. № 230 (далее – Порядок) экспертиза качества медицинской помощи проводится...использование результатов экспертизы качества медицинской помощи осуществляется...
- ☐ **Вопрос-Ответ: Что такое экспертиза качества медицинской помощи и каких видов она бывает?**
- Что такое экспертиза качества медицинской помощи и каких видов она бывает? Под экспертизой качества медицинской помощи, согласно...Приказом ФФОМС от 01.12.2010 № 230 экспертиза качества медицинской помощи проводится путем проверки...
- ☐ **Разъяснение: Может ли пациент потребовать у медицинской организации проведения независимой экспертизы качества оказанной ему медицинской помощи?**
- ...организации проведения независимой экспертизы качества оказанной ему медицинской...организации проведения независимой экспертизы качества оказанной ему медицинской помощи...организации проведения независимой экспертизы качества оказанной ему медицинской...
- ☐ **Разъяснение: Виды медицинских экспертиз, которые могут проводиться медицинской организацией в качестве услуг, оказываемых пациенту за плату**
- ...заболевания с профессией; экспертиза качества медицинской помощи, так экспертиза, определяется судом. Экспертиза качества медицинской помощи оказываемой...том числе путем проведения экспертизы качества медицинской помощи, является...
- ☐ **Шаблон и примеры: Форма акта реэкспертизы по результатам медико-экономической экспертизы/экспертизы качества медицинской помощи**
- ...медико-экономической экспертизы/экспертизы качества медицинской помощи Форма акта...медико-экономической экспертизы/экспертизы качества медицинской помощи

Новый подход
к решению
задач

Реклама

Закажите тестовый доступ
на **www.elpu.ru**



ЭЛЕКТРОННАЯ СИСТЕМА
ЭКОНОМИКА ЛПУ

Современные проблемы экспертизы качества медицинской помощи и пути их решения на основе опыта Санкт-Петербурга

ключевые слова

качество медицинской помощи, экспертиза, формализованный язык экспертизы, нарушения, ошибки, дефекты при оказании медицинской помощи

М.А. Карачевцева,
д-р мед. наук, проф.
Научно-практиче-
ского центра
управления
качеством медицин-
ской помощи
Института высоких
технологий
медицинского
факультета Санкт-
Петербургского
государственного
университета;
нач. Управления
организации
контроля качества
медицинской
помощи ТФОМС
Санкт-Петербурга

С.М. Михайлов,
д-р мед. наук, проф.,
директор Научно-
практического
центра управления
качеством медицин-
ской помощи
Института высоких
технологий меди-
цинского факульте-
та Санкт-
Петербургского
государственного
университета



Написать автору
WWW.ZDRAV.RU

ЭКСПЕРТИЗА ЯВЛЯЕТСЯ СПОСОБОМ ИССЛЕДОВАНИЯ, КОТОРЫЙ ИМЕЕТ ШИРОКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ВО МНОГИХ СФЕРАХ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ВКЛЮЧАЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ, КОГДА ДЛЯ ОЦЕНКИ СВОЙСТВ, КАЧЕСТВ, СОСТОЯНИЯ, ВЗАИМОСВЯЗЕЙ ИССЛЕДУЕМОГО ОБЪЕКТА (ПРЕДМЕТА, ЯВЛЕНИЯ, ПРОЦЕССА И Т.Д.) С ЦЕЛЬЮ РЕШЕНИЯ КОНКРЕТНЫХ ПРИКЛАДНЫХ ЗАДАЧ ТРЕБУЕТСЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭКСПЕРТА, ОБЛАДАЮЩЕГО СПЕЦИАЛЬНЫМИ ЗНАНИЯМИ.

ПОД СПЕЦИАЛЬНЫМИ ЗНАНИЯМИ ЭКСПЕРТА ПОНИМАЮТСЯ НАУЧНЫЕ, ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ЗНАНИЯ, КОТОРЫЕ НЕ ЯВЛЯЮТСЯ ОБЩЕИЗВЕСТНЫМИ, А ПРИОБРЕТАЮТСЯ В ХОДЕ СПЕЦИАЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ.

Методы экспертного исследования и результат экспертизы

Экспертизой является применение специальных знаний не в любой форме, а только в виде исследования, то есть практического изучения конкретных фактов, явлений с использованием положений науки, научных средств и методов, по научно разработанной и практически апробированной методике¹. При проведении экспертного исследования могут применяться разные методы, соответствующие общей классификации методов исследования²:

- 1) всеобщий метод познания: диалектический, методы логики;
- 2) общие методы: наблюдение, описание, измерение, сравнение, эксперимент, моделирование, математический, вероятностно-статистический и др.;
- 3) специальные методы: физический, химический, биологический, инструментальные, вспомогательно-технические и др.

Результатом экспертизы является новое знание об объекте, полученное экспертом на основе профессиональной оценки вы-

...В РОССИИ ДО СИХ ПОР ОТСУТСТВУЕТ «ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ЭКСПЕРТИЗЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ» И «КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ».

...НА ОСНОВАНИИ УСТАНОВЛЕННОГО ПОНЯТИЙНОГО АППАРАТА, А ТАКЖЕ В УСЛОВИЯХ ОТСУТСТВИЯ КРИТЕРИЕВ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ВНЕ РАМОК ОМС И СУЩЕСТВУЮЩИХ «КРИТЕРИЕВ КАЧЕСТВА» В РАМКАХ ОМС ОПРЕДЕЛИТЬ КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗАННОЙ КОНКРЕТНОМУ ПАЦИЕНТУ, НЕ ПРЕДСТАВЛЯЕТСЯ ВОЗМОЖНЫМ.

Из Доклада Федеральной антимонопольной службы
о проблемах государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности

явленных фактов и оформленное в виде мотивированного экспертного заключения. Наряду с выявлением новых фактических данных об объекте исследования, что может быть определено как выявление проблемы, по результатам экспертизы решаются практические задачи, соответствующие общей теории управления процессом решения проблемы³:

- диагностика ситуации: качественная и количественная характеристика исследуемого объекта на основе полученных фактических данных;
- прогноз развития ситуации: установление причин и условий, определяющих развитие ситуации; установление факторов, способствующих и препятствующих нежелательным отклонениям в развитии ситуации;
- планирование изменений: выработка альтернативных вариантов решений выявленных проблем и обоснование предпочтительного варианта;

- контроль эффективности реализованных управленческих решений.

Признаки и виды экспертизы

Таким образом, к основным признакам экспертизы можно отнести следующие:

- наличие объекта экспертизы;
- наличие субъекта экспертизы (эксперт);
- наличие метода экспертизы;
- получение новых фактических данных об объекте;
- профессиональная оценка фактических данных (диагностика ситуации, прогноз ее развития, планирование улучшений);
- оформление результатов в виде экспертного заключения.

В сфере здравоохранения применяются разные виды медицинских экспертиз (экспертиза временной нетрудоспособности, медико-социальная экспертиза,

Оценка рисков



для ЭКСПЕРТИЗЫ КМП НЕ ПРЕДУСМОТРЕНО ПРИМЕНЕНИЕ СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ



ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКИЙ АППАРАТ ЭКСПЕРТИЗЫ КМП НЕ ВКЛЮЧАЕТ ПОНЯТИЯ «ОШИБКИ/ НАРУШЕНИЯ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ»



ОТСУТСТВУЕТ ПОНЯТИЕ НАДЛЕЖАЩЕГО / НЕНАДЛЕЖАЩЕГО КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

военно-врачебная экспертиза, судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертиза, экспертиза профессиональной пригодности и экспертиза связи заболевания с профессией), состав которых начиная с 2011 г. пополнился экспертизой качества медицинской помощи⁴ (далее – КМП).

Определение понятия КМП

Если до 2011 г. в научной среде и в практическом здравоохранении не прекращались дискуссии об определении КМП как объекте экспертизы; разрабатывались и совершенствовались методы проведения экспертизы КМП, то после изменения федерального законодательства в сфере здравоохранения и обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) ситуация кардинально изменилась.

В первую очередь это было обусловлено установлением ряда базовых понятий экспертизы КМП. В Федеральном законе от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан» (далее – Закон РФ № 323-ФЗ) и в Федеральном законе от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» (далее – Закон № 326-ФЗ) были определены понятия медицинской помощи, качества медицинской помощи, экспертизы КМП, эксперта КМП.

Кроме этого, в соответствии с Законом № 326-ФЗ Федеральным фондом ОМС установлены порядок проведения экспертизы КМП; формы экспертного заключения и актов экспертизы; перечень нарушений, которые являются основаниями для применения финансовых санкций страховыми медицинскими организациями (далее – СМО) по результатам контроля в сфере ОМС⁵.

Важно ➤ В соответствии с принятым определением качество медицинской помощи – это совокупность характеристик,

отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата ■

КМП как объект экспертизы

Если рассмотреть определение качества медицинской помощи с учетом содержания используемых в нем терминов (медицинская помощь, диагностика, лечение и др.), то можно уточнить, что качество медицинской помощи как объект экспертизы включает в т. ч. характеристики элементов лечебно-диагностического (врачебного) процесса:

- расспроса и обследования больного в целях определения диагноза заболевания, выбора мероприятий по лечению пациента и (или) контроля за осуществлением этих мероприятий;
- выполнения лечебных мероприятий с целью устранения или облегчения проявлений заболеваний/состояний пациента, восстановления или улучшения его здоровья, трудоспособности и качества жизни;
- мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, нахождение причин и условий их возникновения и развития.

Согласно установленному порядку экспертиза КМП проводится экспертом КМП путем проверки соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, порядкам оказания медицинской помощи и стандартам медицинской помощи, сложившейся клинической практике. Понятие метода экспертизы КМП в правовых нормативных документах отсутствует.

В соответствии с утвержденной формой экспертного заключения промежуточным результатом экспертизы является описание ошибок при оказании медицинской помощи, допущенных на этапах сбора информации, постановки диагноза, лечения, обеспечения преемственности, и негативных следствий этих ошибок.

На основании профессиональной оценки выявленных нарушений эксперт должен указать наиболее значимые ошибки, в т. ч. повлиявшие на исход заболевания. На основании экспертного заключения составляется акт целевой или плановой экспертизы КМП, в котором указывается основание для применения финансовых санкций в соответствии с утвержденным Перечнем оснований для отказа/уменьшения в оплате медицинской помощи (далее – Перечень нарушений)⁶.

Обобщая сказанное, в отношении ответственности экспертизы КМП основным признакам экспертизы можно сделать следующие выводы:

1) объектом экспертизы КМП является совокупность характеристик медицинской помощи, отражающих своевременность ее оказания, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степень достижения запланированного результата;

2) экспертом КМП является врач, имеющий сертификат специалиста и стаж работы по соответствующей специальности не менее 10 лет, прошедший подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере ОМС и включенный в территориальный реестр экспертов КМП;

3) метод экспертизы КМП не предусмотрен;

4) новые знания о КМП как объекте экспертизы фиксируются в экспертном заключении в виде описания ошибок, допущенных на этапах лечебно-диагностического процесса, и их негативных следствий;

5) профессиональная оценка полученных фактических данных о КМП сводится к установлению основания для применения финансовых санкций в соответствии с Перечнем нарушений и размера финансовых санкций, предусмотренного договором СМО и медицинской организации.

Важно ➤ К проблемным вопросам экспертной деятельности можно отнести отсутствие метода экспертизы КМП и ограниченную сферу профессиональной оценки результатов экспертизы ■

Указанные вопросы, скорее всего, носят проблемный характер не для всех участников ОМС. Учитывая, что на уровне законодательства выявление нарушений в оказании медицинской помощи определено целью и содержанием экспертизы КМП, основным результатом экспертизы КМП, проводимой СМО, за отдельными исключениями (например, экспертиза КМП по жалобам застрахованных лиц), является применение финансовых санкций. Достижение СМО лучших финансовых результатов экспертизы стимулируется положениями ст. 28 Закона № 326-ФЗ, определяющими источники формирования собственных средств СМО по результатам контроля.

Вместе с тем согласно ст. 4 Закона № 326-ФЗ одним из основных принципов ОМС является создание условий для обеспечения качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ ОМС. На территориальные фонды ОМС возложены задачи по координации планирования экспертиз СМО, проведению анализа результатов экспертиз и подготовки на их основе обоснованных предложений по улучшению КМП. В соответствии со ст. 4 Закона № 323-ФЗ качество медицинской помощи отнесено к основным принципам охраны здоровья. Для реализации этого принципа в медицинских организациях необходимо, чтобы

результаты экспертизы КМП, выполняемой в рамках внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, служили в т. ч.

информационной основой для управления КМП. В связи с этим для таких участников ОМС, как территориальные фонды ОМС и медицинские организации, вопросы методологии экспертного исследования КМП и применения результатов экспертиз в целях улучшения КМП не теряют своей актуальности.

В 2008 г. А.Л. Линденбратен и Е.И. Полубенцева⁷, изучив состояние вопроса организации экспертной деятельности в субъектах РФ, пришли к заключению, что наиболее распространенными являются метод оценки КМП по стандартам, метод оценки на основе количественных оценок (УКЛ, УКДЛ) и метод автоматизированной технологии экспертизы КМП (АТЭ КМП). О последнем методе, разработанном В.Ф. Чавпецовым, С.М. Михайловым, Н.Б. Перепечем и др.⁸, мы предлагаем поговорить более подробно. Начиная с 2007 г. в рамках создания единой системы управления КМП в Санкт-Петербурге данный метод рекомендован для применения службами КМП медицинских организаций⁹.

Автоматизированная технология экспертизы КМП (АТЭ КМП) – это информационно-аналитическая технология, которая включает комплекс стандартизированных процедур, правил, алгоритмов, методических приемов исследования, которые применяются вне зависимости от диагноза заболевания, вида оказания медицинской помощи, места оказания помощи (стационар, поликлиника др.):

- формализованный язык описания ошибок лечебно-диагностического (врачебного) процесса¹⁰ и их негативных следствий;
- классификация ошибок и случаев неадекватного КМП;

- алгоритмы экспертного анализа ошибок при оказании медицинской помощи и их причинно-следственных связей;
- правила обоснования негативных следствий ошибок;
- методические приемы организации экспертного исследования КМП в совокупности случаев;
- способы расчета количественных показателей КМП;
- модифицированные методы статистического контроля качества процессов (стратификация по факторным признакам; стратификация по результативным признакам как вариант кластерного анализа; диагностика стабильности систем (процессов); диаграмма Парето);
- программные средства АТЭ КМП¹¹.

Формализованный язык описания ошибок и их негативных следствий

Формализованный язык описания ошибок лечебно-диагностического (врачебного) процесса и их негативных следствий в свое время составил базовую основу метода АТЭ КМП. Разработка формализованного языка экспертизы обеспечила переход от неструктурированных экспертных заключений, составленных с применением терминов неоднозначного содержания, к экспертному протоколу, формируемому с использованием программных средств. Принцип формализованного описания состоит в формулировке экспертных суждений путем соединения субъекта суждения (наименование элемента врачебного процесса) и предиката суждения (описание характера нарушения). При описании негативного следствия ошибки указываются группа (подгруппа), к которой относится негативное следствие (субъект суждения), и характеристика негативного следствия (предикат суждения).

Постоянная (зафиксированная в программных средствах) часть формализованного языка включает общие термины, пригодные для использования вне зависимости от вида медицинской помощи, диагноза больного и др. Содержание всех используемых терминов определено специальным семантическим словарем. Для конкретизации общих суждений об ошибках и их негативных следствиях эксперт КМП (или организатор экспертизы) формирует списки с наименованиями диагнозов заболеваний, методов обследования, лекарственных

средств и др., которые образуют сменную часть формализованного языка.

Формализованный язык имеет четкую иерархическую структуру с делением общих понятий на частные. При использовании программных средств АТЭ КМП эксперт комбинирует конечные термины, образуя частные суждения, а вся цепочка более общих суждений верхнего уровня заносится в электронный протокол автоматически.

При описании ошибок сбора информации элементы врачебного процесса обозначаются терминами известного содер-

Таблица 1

Субъекты и предикаты формализованных суждений об ошибках сбора информации

Субъекты суждений			Предикаты суждений	
Сбор информации			имеются замечания	
Непосредственные исследования				
	Расспрос		– не собрано (описание отсутствует) – собрано неверно – собрано неполно – собрано несвоевременно	
		жалобы		
		анамнез болезни – течение заболевания – предшествующие исследования – предшествующее лечение		
		анамнез жизни – перенесенные заболевания – вредные привычки – аллергологический анамнез – эпидемиологический анамнез – половой анамнез – характер работы пациента		
		Физикальные исследования		
				– осмотр*
	– перкуссия *			
	– пальпация *			
	– аускультация *			
	– отдельные специальные исследования *			
Лабораторные исследования *			Замечания по выбору – не проведено, хотя необходимо – проведено излишне, бесцельно Замечания по проведению – проведено неполно – замечания по методике проведения – замечания по частоте проведения Замечания по описанию – описание отсутствует – замечания по содержанию – замечания по терминологии	
Инструментальные исследования *				
Консультации специалистов *				
Описание эффекта лечения *			Замечания по времени проведения – проведено преждевременно – проведено с опозданием	
			– не собрано (описание отсутствует) – собрано неверно – собрано неполно – собрано несвоевременно	

Примечание: звездочкой (*) обозначены термины, которые конкретизируются с использованием сменной части формализованного языка.

жения, для описания экспертных замечаний применяются термины, приведенные в табл. 1. С использованием формализованных терминов эксперт может описать замечания по выбору методов исследования, способам их проведения, своевременности выполнения исследований, по описанию и трактовке их результатов.

При описании ошибок диагноза основного, сопутствующего заболевания, осложнений (табл. 2) эксперт может описать замечания по его содержанию в случаях неверной интерпретации врачом данных расспроса и обследования больного. При этом эксперт указывает, какие компоненты диагноза можно исключить

и/или дополнить, либо высказывает суждение о невозможности изменения диагноза из-за отсутствия необходимых данных (диагноз изменить нельзя, мало данных). В случаях несоответствия компонентов диагноза принятым классификациям эксперт может описать замечание по формулировке диагноза, а в случаях неверного распределения компонентов диагноза по рубрикам основного, сопутствующего заболевания, осложнений – замечание по рубрификации диагноза. В случаях, когда клинический диагноз заболевания установлен с опозданием, эксперт может описать ошибку по времени постановки диагноза.

Таблица 2

Субъекты и предикаты формализованных суждений об ошибках диагноза

Субъекты суждений	Предикаты суждений
Содержание диагноза	можно дополнить / уверенно; предположительно
Компонент диагноза*	можно исключить
	нельзя изменить (мало данных)
Формулировка диагноза*	не соответствуют классификации
Рубрификация диагноза*	можно отнести к рубрике основного заболевания / сопутствующего, осложнений
Время установления клинического диагноза*	установлено с опозданием

Примечание 1: звездочкой (*) обозначены термины, которые конкретизируются с использованием сменной части формализованного языка.

Примечание 2: эксперт указывает наименование компонента диагноза основного, сопутствующего заболевания или осложнений.

В зависимости от характера проводимого лечения в формализованном языке предусмотрены термины общепринятого содержания для обозначения субъекта экспертного суждения (фармакотерапия, хирургические методы, физиотерапия, лечебная физкультура и др.). Предикаты суждений различаются для разных видов лечения, в табл. 3 приведены формулировки экспертных замечаний по фармакотерапии.

При описании ошибок этапа обеспечения преемственности эксперт может высказать замечания по выбору места помощи, по своевременности передачи (выписки, перевода) пациента, по режиму

транспортировки и по информационному обеспечению (табл. 4).

Для обозначения основных групп негативных следствий ошибок применяются следующие термины:

- состояние пациента;
- социальные ресурсы;
- ресурсы здравоохранения;
- процесс оказания помощи;
- оценка процесса оказания помощи;
- оценка потребности в ресурсах здравоохранения.

Негативные следствия ошибок для состояния пациента (табл. 5) регистрируются в случаях, когда ошибка оказала (реальное развитие) либо с высокой степенью

Таблица 3

Субъекты и предикаты суждений об ошибках фармакотерапии

Субъекты суждений	Предикаты суждений
Фармакотерапия	Замечания по выбору
Отдельные лекарственные средства*	– не применено, но показано – применено, но не показано – применено, но противопоказано
	Замечания по применению
	– неверна доза – неверен путь введения – неверен режим применения – неверны условия применения
	Замечания по описанию
	– не указана доза – не указан путь введения – не указан режим применения – не указаны условия применения
	Замечания по времени применения
	– назначено / отменено преждевременно – назначено / отменено с опозданием
Сочетание лекарственных средств*	сочетание не показано сочетание противопоказано

Примечание: звездочкой (*) обозначены термины, которые конкретизируются с использованием сменной части формализованного языка.

Таблица 4

**Субъекты и предикаты суждений об ошибках обеспечения
преемственности**

Субъекты суждений	Предикаты суждений
Преемственность	имеются замечания
Место помощи*	определено, но не показано не определено, но показано
Время передачи пациента	осуществлено преждевременно осуществлено с опозданием
Режим транспортировки*	применено, но не показано не применено, но показано
Информационное обеспечение (эпикриз)	
– информация о проведенных исследованиях	описание отсутствует
– выписной диагноз	описание неполное
– проведенное лечение	
– рекомендации (по лечению, обследованию)	

Примечание: звездочкой (*) обозначены термины, которые конкретизируются с использованием сменной части формализованного языка.

вероятности могла оказать (возможное развитие) негативное влияние на течение имеющегося у пациента заболевания (исходное состояние) и/или развитие осложнений (новое состояние). Термины, используемые для описания негативных

следствий данной группы, позволяют сформулировать мнение эксперта о том, что вследствие допущенной ошибки лечение имеющегося у пациента заболевания было (могло быть) недостаточно эффективным; ошибка препятствует (может пре-

пятствовать) эффективному лечению заболевания; приводит (может привести) к его прогрессированию. Относительно нового заболевания (осложнения) эксперт может сформулировать мнение о том, что вследствие допущенной ошибки не созданы ус-

ловия, препятствующие реальному (возможному) развитию нового заболевания; допущенная ошибка способствует (может способствовать) развитию нового заболевания либо является непосредственной причиной его возникновения.

Таблица 5

Субъекты и предикаты суждений о негативных следствиях ошибок для состояния пациента

Субъекты суждений	Предикаты суждений
Исходное патологическое состояние*	Реальное развитие
	– не обеспечено замедление
	– затруднено замедление
	– ускорено развитие
	Возможное развитие
	– не созданы условия для замедления
Новое патологическое состояние*	– созданы условия, затрудняющие замедление
	– созданы условия, ускоряющие развитие
	Реальное развитие
	– не снижена вероятность
	– повышена вероятность
	– спровоцировано
	Возможное развитие
	– не снижена вероятность
	– повышена вероятность

Негативные следствия ошибок для социальных ресурсов регистрируются в случаях, когда вследствие ошибки, реально оказавшей негативное влияние на состояние пациента, не снижен либо повышен риск негативных социально значимых последствий (неблагоприятного исхода) (табл. 6). Термином «преждевременная смерть пациента» обозначен летальный исход заболевания, обусловленный прогрессированием исходного или возникновением нового патологического состояния, наступление которого на данном этапе развития болезни не является неизбежным. Термином «инвалидность пациента» обозначена полная или частичная утрата способности к профессиональному труду и/или самообслуживанию вследствие прогрессирования исходного или возникновения нового патологического состояния.

Эксперт посредством формализованных терминов может сформулировать мнение о том, что вследствие ошибки, оказавшей негативное влияние на состояние пациента, не были созданы условия для предотвращения преждевременной смерти/инвалидности пациента; что ошибка способствовала или могла способствовать реальному или возможному наступлению указанных последствий или явилась их непосредственной причиной.

Негативные следствия ошибок для процесса оказания помощи регистрируются экспертом в случаях, когда одна ошибка является причиной возникновения другой ошибки (сбора информации, диагноза, лечения, преемственности) на данном/следующем этапе оказания медицинской помощи. Если вследствие ошибки сбора информации неверно (не-

Таблица 6

Субъекты и предикаты суждений о негативных следствиях ошибок для социальных ресурсов

Субъекты суждения	Предикаты суждения
– Преждевременная смерть пациента	Реальное развитие
	– не снижена вероятность
– Инвалидность пациента	– повышена вероятность
	– спровоцировано
	Возможное развитие
	– не снижена вероятность
	– повышена вероятность

своевременно) установлен диагноз; ошибка диагноза приводит к неверному (несвоевременному) назначению лечения, к неправильному (несвоевременно) выбору места дальнейшей помощи пациенту, в экспертном протоколе фиксируется негативное следствие соответствующей ошибки: сбор информации (постановка диагноза, лечение, преемственность) – затруднено на данном (следующем) этапе медицинской помощи.

В случаях, когда вследствие ошибки затруднена экспертная оценка элементов врачебного процесса, эксперт описывает негативное следствие для оценки про-

цесса оказания помощи: сбор информации (постановка диагноза, лечение, обеспечение преемственности) – оценка затруднена (невозможна).

Негативные следствия ошибок для ресурсов здравоохранения регистрируются экспертом в случаях, когда вследствие ошибки имеется неоптимальное использование ресурсов – неполное использование или перерасход ресурсов диагностики (лабораторной, инструментальной), лечения (фармакотерапия, др.), врачебных (лечащий врач, консультант), финансовых (сроки лечения) на данном или следующем этапе оказания медицинской помощи (табл. 7).

Таблица 7

Субъекты и предикаты суждений о негативных следствиях ошибок для ресурсов здравоохранения

Субъекты суждения	Предикаты суждения
Ресурсы диагностики	– имеется перерасход
– лабораторная диагностика	
– инструментальная диагностика	
Ресурсы лечения	– неполно использовано
– фармакотерапия	
– хирургические методы и т. д.	
Врачебные ресурсы	– возможен перерасход
– лечащий врач	
– консультанты	
Общие финансовые ресурсы	

Для описания негативных следствий ошибок диагноза, затрудняющих оценку потребности и планирование ресурсов

здравоохранения, применяется формулировка: оценка потребности в ресурсах здравоохранения затруднена.

Опыт работы с АТЭ КМП показывает, что применение формализованного языка для описания экспертных суждений об ошибках в оказании медицинской помощи и их негативных следствиях создает условия для:

- уменьшения субъективизма экспертного исследования КМП;
- однозначного понимания врачами экспертных суждений;
- сопоставления мнений разных экспертов и делового общения экспертов разных клинических специальностей;
- математической обработки экспертных суждений, расчета количественных показателей КМП, применения статистических методов исследования.

(Продолжение следует)

- ¹ Сахнова Т.В. Судебная экспертиза. М.: Городец, 1999. 368 с. Тригулова А.Х. Экспертное исследование как процесс познания: Автореф. дис. ... канд. юрид. наук. Харьков, 1987.
- ² Мирский Д.Я. Некоторые теоретические вопросы классификации объектов судебной экспертизы, их свойств и признаков // Методология судебной экспертизы: Сб. науч. тр. ВНИИСЭ. М., 1986.
- ³ Литвак Б.Г. Разработка управленческого решения: Учеб. М.: Дело, 2000. 392 с. Россинская Е.Р. Судебная экспертиза в уголовном, гражданском, арбитражном процессе. М., 1996. 224 с. Сахнова Т.В. Судебная экспертиза. М.: Городец, 1999. 368 с.
- ⁴ Ст. 58 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан»
- ⁵ Приказ ФОМС от 01.12.2010 № 230 (ред. от 16.08.2011) «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».
- ⁶ Приложение 8 к Порядку организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС, утв. приказом ФОМС от 01.12.2010 № 230.
- ⁷ Линденбратен А.Л., Полубенцева Е.И. Положение о системе контроля объемов и качества медицинской помощи в условиях ОМС // Сборник методических рекомендаций по контролю объемов и качества медицинской помощи при осуществлении ОМС. М.: Федеральный фонд ОМС, 2008. С. 122–136.
- ⁸ Экспертиза качества медицинской помощи. Теория и практика / Под ред. В.Ф. Чавпецова, Н.Б. Перепеча, В.П. Милякова. СПб.: Прогресс-погода, 1997. 320 с.
- ⁹ Методические рекомендации по порядку проведения экспертизы качества медицинской помощи в учреждениях здравоохранения Санкт-Петербурга, утв. распоряжением Комитета по здравоохранению № 197-р от 03.05.2011.
- ¹⁰ В период до 2010 года применялся термин «врачебная ошибка», который в дальнейшем был заменен на термины «ошибка врачебного процесса», «ошибка/дефект при оказании медицинской помощи».
- ¹¹ Свидетельство об официальной регистрации программы для ЭВМ АТЭ КМП № 960494 от 21.11.1996.

В редакции – быстро, выгодно, надежно!



Подпишитесь,
позвонив
по тел.: 8 (495) 937-9082



Сделайте заказ
на сайте
www.proflit.ru



Реклама

Читайте на страницах журнала «Здравоохранение» в 2015 году



Новинки-2015

Рубрика «Конференция» в журнале «Здравоохранение»: подборка статей для главного врача о правовых, экономических и других аспектах работы ЛПУ.

- Эффективное управление медицинской организацией: планирование, учет, отчетность
- Финансовое обеспечение медицинской деятельности: ОМС, бюджет, платные услуги
- Клинико-статистические группы: совершенствование оплаты стационарной помощи
- Нормирование труда медработников: штатное расписание, нормы времени, обслуживания и нагрузки
- Оплата труда в здравоохранении. Источники средств на повышение оплаты труда. Показатели и критерии оценки деятельности медицинских работников. Эффективный контракт. Системы оплаты труда, стимулирующие улучшение производственных показателей, увеличение доходов, экономию ресурсов
- Госзакупки медицинских организаций: правоприменительная практика по законам № 44-ФЗ и № 223-ФЗ
- Управление качеством медицинской помощи: стандартизация, лицензирование и аккредитация. Организация системы внутреннего контроля качества и взаимодействие с органами государственного контроля и надзора

*Журнал «Здравоохранение» выходит вместе с бесплатным журналом-приложением «Управление качеством в здравоохранении».

Реклама

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

Методы вовлечения персонала в систему менеджмента качества в учреждении здравоохранения

Ключевые слова

система менеджмента качества, сопротивление переменам, методы вовлечения персонала

И.Ю. Тихонова,
аудитор систем
менеджмента
качества (ISO 9001),
член-корр.
Академии проблем
качества,
преподаватель
TUV – Академии,
фин. директор

А.В. Петиченко,
член-корр.
Академии проблем
качества,
член Совета по
проблемам качества
при губернаторе
Томской области,
аудитор систем
менеджмента
качества (ISO 9001,
ISO 22000),
преподаватель –
Академии,
ген. директор

Учебно-консалтин-
говый центр АНО
«Международный
менеджмент,
качество, сертифи-
кация»



Написать автору
WWW.ZDRAV.RU

НЕДОСТАТОЧНОЕ КАЧЕСТВО И ВЫСОКАЯ СЕБЕСТОИМОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, НИЗКИЙ УРОВЕНЬ ОПЛАТЫ ТРУДА ПЕРСОНАЛА, – ЛИШЬ ЧАСТЬ УСЛОВИЙ, ПРЕПЯТСТВУЮЩИХ РАЗРАБОТКЕ И ВНЕДРЕНИЮ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА В ГОСУДАРСТВЕННОМ (МУНИЦИПАЛЬНОМ) УЧРЕЖДЕНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

КРОМЕ ТОГО, ВАЖНОЙ ПРИЧИНОЙ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА ЯВЛЯЕТСЯ «СОПРОТИВЛЕНИЕ» ПЕРСОНАЛА – НЕЖЕЛАНИЕ РАБОТНИКОВ УЧАСТВОВАТЬ В ПРОЦЕССЕ НОВОВВЕДЕНИЙ.

Процесс внедрения системы менеджмента качества (далее – СМК) длителен и сложен: для небольшого учреждения с численностью персонала до 100 человек потребуется, как минимум, 1,5 года, а крупным организациям необходимо гораздо больше времени. Например, в ГБУ Республики Саха (Якутия) «Республиканская больница №1 – Национальный центр медицины» проект по внедрению СМК длился 4,5 года, в ГАУЗ «Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко» (г. Улан-Удэ) – 5 лет.

Несмотря на то, что всеми признается важность вовлеченности персонала в процесс внедрения СМК, единая трактовка этого термина отсутствует. Как правило, под ним понимается задействованность, заинтересованность и включение в процесс.

Персонал составляет основу любой организации, и его участие во внедрении СМК позволяет увеличить экономическую эффективность деятельности, наиболее выгодно используя способности, знания и умения работников.

В то же время, часто, из-за отсутствия информации о причинах и целях внедрения СМК, работники не хотят никаких нововведений. Они могут считать, что это повлечет повышение нагрузки, снижение уровня оплаты, а часть персонала вообще будет сокращена. Отсутствие эффективной системы стимулирования труда также не способствует их активному участию в процессе внедрения.

ЧЕМ БОЛЬШЕ ЛЮДИ, РАБОТАЮЩИЕ В ОРГАНИЗАЦИИ, ДЕЙСТВУЮТ ВО БЛАГО ЭТОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ТЕМ БОЛЕЕ СВЕТЛЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ ОТКРЫВАЮТСЯ ПЕРЕД НЕЙ. ВОТ ТОЛЬКО КАК ЭТОГО ДОСТИЧЬ? ЛЮДИ ИСПРОВОБАЛИ МНОЖЕСТВО ВАРИАНТОВ. КОНЕЧНО, НА ПОВЕДЕНИЕ ПЕРСОНАЛА СУЩЕСТВЕННО ВЛИЯЮТ КУЛЬТУРА ОРГАНИЗАЦИИ И СТИЛЬ ЛИДЕРСТВА, НО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ СИТУАЦИЯ, ПРЕЖДЕ ВСЕГО, ОТНОШЕНИЯМИ «ЛИДЕР-КОМАНДА».

Ю.П. Адлер, академик Российской Академии проблем качества,
Почетный президент Международной гильдии профессионалов качества (МГПК)

Приведем основные причины сопротивления персонала на этапах внедрения и начала функционирования СМК.

- Потеря собственного положения в учреждении. Работники опасаются, что вследствие введения системы качества могут ухудшиться их условия труда, снизится заработок, возрастет нагрузка и т. п.
- Сомнения в необходимости перемен. Если сотрудники не осознают, по каким причинам внедряется система качества, они станут считать данную деятельность бесполезной.
- Недовольство вмешательством в процесс работы. Персонал, часто считает, что выполняет свою работу наилучшим образом (особенно это касается сотрудников с большим опытом работы), а специалисты по СМК вторгаются в сферу их профессиональной деятельности. Естественно, это вызывает сопротивление.
- Неожиданность проводимых изменений. В организации всегда присутствует определенная доля работников (иногда очень большая), которые абсолютно не осведомлены о внедрении СМК.
- Непонимание сотрудниками целей изменения. Работнику не разъяснены цели изменения конкретных действий в его работе, и это вызывает отторжение любых изменений.
- Сомнение в своей компетентности. Часто люди сопротивляются внедрению системы качества, потому что сомневаются, смогут ли освоить новые навыки и умения.
- Нежелание менять сложившиеся отношения. С МК меняет взаимоотношения в коллективе. Не все сотрудники этого хотят, особенно когда взаимоотношения их устраивают и комфортны для них.

Оценка рисков



БЕЗ МАКСИМАЛЬНОГО ВОВЛЕЧЕНИЯ ПЕРСОНАЛА НЕВОЗМОЖНО ЭФФЕКТИВНОЕ ВНЕДРЕНИЕ И РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ



НЕОБХОДИМОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ШИРОКОГО СПЕКТРА СПОСОБОВ ВОВЛЕЧЕНИЯ ПЕРСОНАЛА В СМК



НИЗКИЙ УРОВЕНЬ ВОВЛЕЧЕННОСТИ ПЕРСОНАЛА – ПРИЧИНА СТАГНАЦИИ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА, ОТСУТСТВИЯ ВНУТРЕННИХ ИМПУЛЬСОВ К ЕЕ ДАЛЬНЕЙШЕМУ РАЗВИТИЮ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ

Реакция разных групп сотрудников на перемены в организации различна. По опыту авторов, можно получить следующее соотношение групп работников:

- 20% – «энтузиасты», трудоголики, оптимисты, мотивированные самим содержанием и процессом работы, это гибкие люди, отлично чувствующие себя в условиях меняющейся среды, готовые к start up – проектам и зачастую являющиеся инициаторами нововведений.
- 20% – «пессимисты», те, кто не желает ничего менять и всегда видит «ложку дегтя в бочке меда». Тем не менее, они представляют определенную ценность для будущих проектов, так как быстро и легко находят слабые стороны проекта.
- 60% – «середняки», которые балансируют между двумя предыдущими группами.

Достижение позитивных изменений зависит от успешной «нейтрализации пессимистов». Им необходимо четко обозначить перспективы их персонального развития в организации и использовать их аналитический склад ума на благо будущего проекта (выявление его недостатков).

Далее, необходимо изменить соотношение сил так, чтобы «середняки» стали ярыми сторонниками нововведений, вовлечь их, мотивировать и заинтересовать.

Успех или провал любых преобразований в большинстве случаев зависит от «середняков» – от их правильного настроения. Именно в работе с ними следует использовать многочисленные способы управления переменами – осведомление, поощрение, вовлечение в процесс внедрения.

Во многих странах мира успешно реализован командный подход в управлении персоналом, но в России этот подход, несмотря на свои преимущества, пока имеет ограниченное применение.

На основании опыта авторов можно отметить, что переход на командную ра-

боту требует превращения единиц (отделов, подразделений) организации в команды, обладающие определенной взаимозаменяемостью, психологической совместимостью, «распределенным лидерством».

Преимущества командного подхода:

- команда делает возможным решение задач, которые не под силу одному человеку;
- создание команды является гарантией того, что при выработке решения будут учитываться интересы всех сторон;
- в результате сотрудничества в команде специалистов из нескольких подразделений становится невозможным одностороннее влияние одной из вышестоящих инстанций;
- при работе команды уменьшается риск принятия ошибочного решения и опасность того, что в поле зрения не попадут некоторые важные факты;
- команда помогает бороться с «производственной слепотой»: то, что один работник не замечает по привычке, видит другой, которому, в свою очередь, не бросаются в глаза определенные проблемы на собственном участке работы.

Таким образом, при одном и том же уровне мотивации, персонал, работающий в команде, трудится с большим «коэффициентом полезного действия».

Для эффективной работы команды необходимо обеспечить выполнение следующих базовых требований:

- четкая постановка целей и задач;
- правильный подбор состава команды;
- наличие продуманной системы для членов команды;
- способность участников команды к коллегиальной работе.

Более жизнеспособными в российских условиях оказались команды, объединяющие представителей различных подразделений, например, команда аудиторов.



Рис. 1. Модель вовлеченности персонала, основанная на командном подходе

При внедрении системы менеджмента качества в организации здравоохранения формируются команды аудиторов из представителей различных отделений и служб, основной задачей которых является определение источников постоянных улучшений и развития существую-

щей системы менеджмента качества. Только при слаженной работе команды аудиторов можно добиться поставленной перед ними цели.

На рис. 1 представлена первая модель вовлечения персонала, основанная на командном подходе.

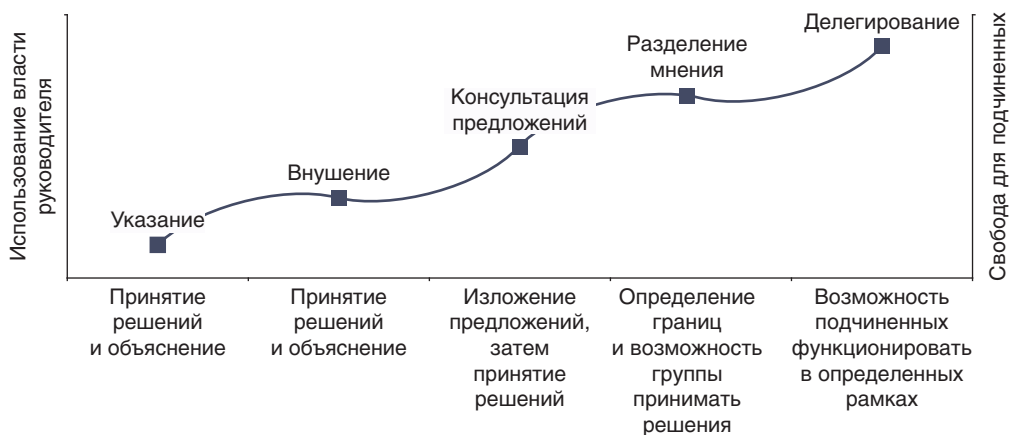


Рис. 2. Модель вовлеченности Танненбаума – Шмидта, отражающая принцип делегирования полномочий

В настоящее время эту модель используют для анализа динамики командной работы – она показывает переход от состояния «независимости» к эффективному общению и доверию. Таким образом, командная работа может рассматриваться как инструмент достижения вовлеченности.

Вторая модель формирования вовлеченности, модель Танненбаума – Шмидта (рис. 2), построена по принципу делегирования полномочий.

Основной идеей данной модели является постепенность перехода от директивного управления к делегированию полномочий (при котором ставится цель, но не обозначается механизм ее достижения).

Следующая модель вовлеченности представлена на рис. 3. Главный принцип данной модели – обучение кадров.

Основным условием успеха внедрения проекта СМК в организации является максимально возможное обучение работников.

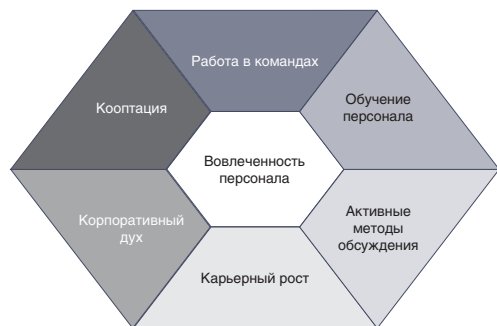


Рис. 3. Модель вовлеченности, построенная на принципе обучения персонала

Персонал, владеющий информацией, чувствует себя более уверенно и меньше сопротивляется переменам.

Количество обученных сотрудников можно определить по формуле:

$$\frac{\text{Количество персонала в организации}}{7 (+/-) 2} = \text{Количество обученных}$$

Основываясь на опыте авторов, можно отметить, что для охвата наибольшего количества работников эффективным оказался метод «каскадного обучения» (обученные работники более высокого звена управления проводят занятия с работниками следующего звена, и т. д.). Здесь срабатывает «эффект запоминания» (чтобы что-то понять и запомнить, нужно это кому-то рассказать). Другим плюсом является то, что работники своей организации (в отличие от консультантов) «говорят на понятном языке».

Наилучший эффект каскадного обучения достигается в крупных лечебных учреждениях. В одной из таких медицинских организаций, численностью работников около 1600 человек, в ходе сертификационного аудита возникла ситуация, удивившая даже опытного аудитора: сотрудники объясняли, как принципы менеджмента качества реализуются в их отделениях, как политика качества отражает реальную ситуацию. Сотрудники отделений, не попавших в область СМК, пытались добиться их включения!

Третья модель вовлеченности – группа активных методов обсуждения: мозговой штурм (обычный и негативный), фокус-группы, номинальные группы, методика Филлипса и другие.

Основой данных методов является право на собственное мнение, даже на абсурдное (на практике, самая абсурдная идея может принести максимальные дивиденды).

Позитивный эффект достигается тем, что персонал может высказаться. Условие успеха: хотя бы часть идей реализуется руководством. Данная методика рекомендуется для снятия напряжения в коллективах, при условии успешного фасилитатора (ведущего мозговой штурм).

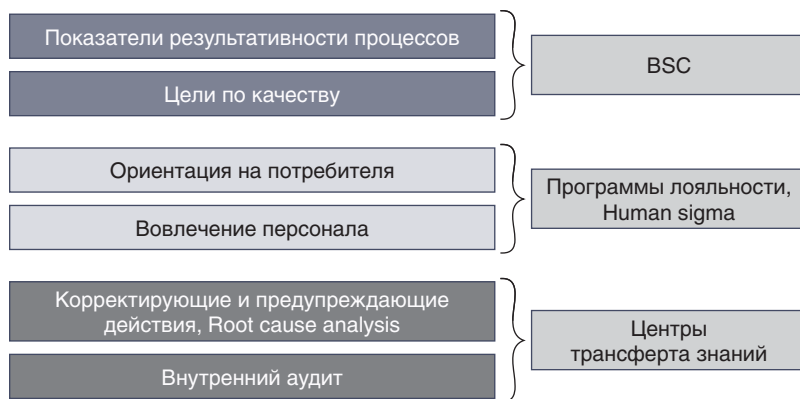


Рис. 4. Модель развития системы менеджмента качества на основе ISO 9001 и вовлечения персонала в этот процесс

Часто причиной отсутствия вовлеченности является тот факт, что сотрудник не видит себя в рамках СМК. В этом случае хорошие результаты дает группа методов под общим названием «Инициирование карьерного роста».

Перед личностью строится карьерная перспектива в рамках СМК: например, внутренний аудитор, затем специалист, внешний аудитор IRCA (с международной регистрацией). Данный способ эффективно используется авторами в ситуации, когда возникает необходимость вовлечь конкретного человека (особенно, амбициозного).

Стимулирование корпоративного духа, пожалуй, самый популярный инструмент. Хорошие примеры – корпоративные мероприятия с тематикой качества, корпоративный бюллетень с новостями от каждого отделения о результатах внедрения СМК, внутренний сайт для коллег, где можно узнать больше о вопросах качества.

Принцип кооптации следует отнести к психологическим подходам, в рамках которого лицо, которое больше всего сопротивляется переменам, назначают ответственным за процесс. Как правило, смелость сопротивляться есть лишь у сильной личности, а сильная личность,

обремененная ответственностью, неминуемо вовлекается.

Резюмируя, приведем принципы вовлеченности П. Грейзера. По нашему мнению, в них есть сходство с принципами системы менеджмента качества:

- 1.** У каждого человека есть потенциал, который он может привнести в организацию при определенных условиях.
- 2.** Человеческий элемент деятельности более важен, чем технический.
- 3.** Большинство решений можно улучшить посредством сотрудничества.
- 4.** Для формирования вовлеченности нужны лидеры, которые вызывают доверие, обозначают главную цель, придают действиям ощущение ценности.
- 5.** Вовлечение персонала – не программа, а стиль управления.
- 6.** Непрерывное усовершенствование должно быть «простым и красивым» (дословный перевод), с удовольствием, без принуждения.

Практика реализации проектов построения и совершенствования систем менеджмента качества позволила авторам сформировать модель развития системы менеджмента качества на основе международного стандарта ISO 9001 и вовлечения персонала в этот процесс (рис. 4).

В соответствии с требованиями ISO 9001 организация должна определить критерии результативности процессов и разработать цели по качеству. Авторами реализованы проекты, в которых показатели процессов и цели по качеству (оперативные и стратегические) являются KPI (ключевые показатели эффективности) – показатели деятельности подразделения, которые помогают организации в достижении стратегических и тактических (операционных) целей) деятельности сотрудников различных уровней. Осуществляется их привязка к мотивации, в результате чего обеспечивается выполнение поставленных целей и достигается требуемая результативность процессов.

Стандарт ISO 9001 требует удовлетворения потребностей внешних и внутренних потребителей. Ряд проектов показал, что отношения с персоналом и пациентами выстраиваются по схожей схеме: «удовлетворенность → лояльность → гордость → страстная приверженность» (подход Human sigma).

Кроме того, авторы пришли к выводу, что инструментарий вовлечения и потребителей, и персонала очень похож, а следовательно, этим процессом может заниматься один отдел – развития.

Обязательным условием развития любой организации является совершенствование деятельности. Раскачивание инновационной активности, рост числа новаторских предложений для российских организаций является настоящей проблемой.

В своих проектах авторы смогли реализовать переход от групп поиска корневых причин проблем для разработки корректирующих действий к «центрам трансферта знаний», – таким группам специалистов, которые накапливают знания и лучшие практики и распространяют их

в организации, тем самым раскачивая инновационную активность.

Важно » Инновация редко возникает на пустом месте, это, как правило, либо неудовлетворенная потребность, либо помеха (сбой, несоответствие), которые должны быть устранены. Источником информации о слабых местах, как правило, являются внутренние аудиты, а импульсом к инновациям – группы поиска корневых причин ■

Для активизации инновационной активности, более полного вовлечения персонала в этот процесс, в организации должно пройти обучение активным методикам обсуждения, а также ТРИЗ (теория решения изобретательских задач).

При решении проблем генерируются нестандартные выводы, которые и ложатся в основу будущих инноваций. Тем самым персонал вовлекается в инновационную деятельность, формируется активное ядро новаторов, что крайне актуально для нашей страны в настоящее время.

Подводя итог, можно обозначить действенные инструменты вовлечения персонала, к которым пришла наша компания, – это KPI (BSC), Human sigma и центры трансферта знаний, а предварительными шагами являются стратегическая сессия для выработки целей организации, разработка реальных критериев результативности процессов, реализация программ лояльности, внутренние аудиты и формирование групп поиска корневых причин.

Данные шаги позволяют организации вовлечь персонал в работы системы менеджмента, повысить удовлетворенность и степень ответственности, повысить мотивированность персонала.

ВНИМАНИЕ!

**Подписка по специальной цене на 12 месяцев
(с июля 2015 г. по июнь 2016 г.)**

Сэкономьте время, передав счет на оплату в бухгалтерию

Ваша
ЭКОНОМИЯ
2190 руб.

**Счет действителен
до 30 апреля
2015 года**

ЗАО «МЦФЭР»
129090, г. Москва, ул. Щепкина, д. 25/20
Для писем: 129164, г. Москва, а/я 9
Тел.: 8 (495) 937-90-82, 933-63-22
Факс: 8 (495) 933-52-62
E-mail: ap@mcfr.ru
www.proflit.ru

Банковские реквизиты
ИНН 7702019904, КПП 770201001
ОАО «Сбербанк России», г. Москва
Московский банк
Сбербанка России ОАО г. Москва
БИК 044525225
к/с 30101810400000000225
р/с 40702810638180134443

Счет № Ж1565

« 06 » марта 2015 г.

Предмет счета	Количество комплектов	Цена, руб.	Сумма, руб.
Подписка на журнал «Здравоохранение» с ежеквартальным приложением «Управление качеством в здравоохранении», 12 номеров (июль 2015 г. – июнь 2016 г.)	1	11 100-00	11 100-00
		НДС 10%	1110-00
		Всего к оплате	12 210-00

Всего к оплате: Двенадцать тысяч двести десять рублей 00 копеек

Генеральный директор

Главный бухгалтер



М.А. Межанский

А.П. Игнатова

Внимание!

В платежном поручении в реквизите «Назначение платежа» укажите:

- название издания и период подписки (по аналогии с предметом счета);
- номер счета;
- информацию по НДС;
- адрес доставки, включая почтовый индекс;
- Ф. И. О. контактного лица и телефон с кодом города.

Указание адреса и контактных данных позволит обеспечить своевременность доставки.

Копию платежного поручения отправьте по факсу или e-mail в службу клиентской поддержки.



Служба клиентской поддержки

Тел.: 8 (495) 937-90-82, 933-63-22. Факс: 8 (495) 933-52-62. E-mail: ap@mcfr.ru

Подробнее о профессиональных изданиях на www.proflit.ru/medicine

Предупреждение нарушений законодательства при строительстве перинатальных центров¹

ключевые слова

перинатальный центр, демографическая политика, показатель материнской и младенческой смертности, модернизация здравоохранения, контрольно-надзорные мероприятия

О.В. Верховодова,
зам. начальника
Управления
модернизации
системы ОМС
Федерального
фонда ОМС



Написать автору
WWW.ZDRAV.RU

В ЦЕЛЯХ НЕДОПУЩЕНИЯ СЛУЧАЕВ НАРУШЕНИЯ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА И ПОДЗАКОННЫХ НОРМАТИВНЫХ АКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПРИ СТРОИТЕЛЬСТВЕ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ЦЕНТРОВ В НАСТОЯЩЕЙ СТАТЬЕ ПРИВОДЯТСЯ АНАЛИТИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ О НАРУШЕНИЯХ, ВЫЯВЛЕННЫХ ОРГАНАМИ, УПОЛНОМОЧЕННЫМИ НА ПРОВЕДЕНИЕ КОНТРОЛЬНО-НАДЗОРНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ МЕРОПРИЯТИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ПРОГРАММ.

В соответствии с распоряжением Правительства Российской Федерации от 04.12.2007 № 1734-р в период 2008–2012 гг. осуществлялось финансирование проектирования, строительства и оснащения двух федеральных перинатальных центров, а также софинансирование из федерального бюджета строительства и оснащения 19 региональных и оснащения трех перинатальных центров в 22 регионах.

Министерством здравоохранения Российской Федерации отмечается эффективность работы перинатальных центров. В регионах, где есть перинатальные центры, показатель младенческой смертности на 4,9% ниже среднероссийского и на 9,4% ниже аналогичного показателя в субъектах РФ, в которых такие центры отсутствуют. Кроме того, материнская смертность в регионах, имеющих перинатальные центры, на 9–16% ниже среднероссийского показателя и на 18–30% ниже, чем в субъектах РФ, где центров нет.

Введение в эксплуатацию вновь построенных перинатальных центров позволило:

- своевременно направлять беременных женщин с различной патологией под наблюдение квалифицированных специалистов перинатальных центров, для оказания необходимой медицинской помощи;
- создать условия для неотложной помощи новорожденным с низкой и экстремально низкой массой тела;

В ТЕХ СУБЪЕКТАХ ФЕДЕРАЦИИ, В КОТОРЫХ ЕСТЬ ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ЦЕНТРЫ, ПОКАЗАТЕЛИ МЛАДЕНЧЕСКОЙ И МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ ОЩУТИМО СНИЗИЛИСЬ.

Д.А. Медведев, председатель Правительства России

- снизить количество перинатальных потерь при осложненных родах за счет наличия отделений реанимации, оснащенных всем необходимым оборудованием.

Программа развития перинатальных центров

Распоряжением Правительства Российской Федерации от 09.12.2013 № 2302-р «Об утверждении Программы развития перинатальных центров в Российской Федерации»², во исполнение поручения Президента Российской Федерации от 17.03.2013 № Пр-539 по итогам заседания Совета при Президенте Российской Федерации по реализации приоритетных национальных проектов и демографической политике 26 февраля 2013 г., предусматривается строительство в течение 2013–2016 гг. 32 региональных перинатальных центров в 30 наиболее остро нуждающихся субъектах РФ³.

Важно ➤ Программа развития перинатальных центров в Российской Федерации предусматривает создание условий для оказания доступной и качественной медицинской помощи матерям и детям, снижение материнской, младенческой и детской смертности, а также мероприятия, направленные на подготовку медицинских специалистов для работы в перинатальных центрах, совершенствование территориальной модели оказания акушерской и неонатологической помощи, повышение эффективности перинатальной помощи ■

Участниками Программы являются Министерство здравоохранения Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, территориальные фонды обязательного медицинского страхования и органы государственной власти субъектов РФ (в сфере охраны здоровья граждан, строительства). Кроме того, в соответствии

Оценка рисков



НЕСВОЕВРЕМЕННОЕ РЕСУРСНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ, В Т. Ч. В СВЯЗИ С НЕНАДЛЕЖАЩИМ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕМ ОРГАНОВ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ВЛАСТИ СУБЪЕКТОВ РФ С ОРГАНАМИ МЕСТНОГО САМОУПРАВЛЕНИЯ



НЕЭФФЕКТИВНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БЮДЖЕТНЫХ СРЕДСТВ, ЗАТЯГИВАНИЕ СРОКОВ СТРОИТЕЛЬСТВА ОБЪЕКТОВ, НЕКАЧЕСТВЕННОЕ ВЫПОЛНЕНИЕ СТРОИТЕЛЬНО-МОНТАЖНЫХ РАБОТ



НАРУШЕНИЯ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА О ЗАКУПКАХ ДЛЯ ГОСУДАРСТВЕННЫХ (МУНИЦИПАЛЬНЫХ) НУЖД

с распоряжением Президента Российской Федерации от 04.03.2014 № 46-рп Государственная корпорация по содействию разработке, производству и экспорту высокотехнологичной промышленной продукции «Ростех» уполномочена осуществлять функции заказчика по обеспечению выполнения инженерных изысканий и подготовки проектной документации для строительства региональных перинатальных центров а также по обеспечению строительства и ввода в эксплуатацию этих центров в 14 регионах (республиках Башкортостан, Бурятия, Дагестан, Ингушетия, Карелия и Саха (Якутия); Архангельской, Брянской, Ленинградской, Оренбургской, Пензенской, Псковской, Тамбовской и Ульяновской областях).

Функционирование с 2017 г. дополнительно построенных 32 региональных перинатальных центров позволит реализовать демографическую политику государства:

- показатель материнской смертности в 2016 г. составит не более 15,9 на 100 тыс. детей, родившихся живыми, в 2018 г. – не более 15,7 на 100 тыс. детей, родившихся живыми;
- показатель младенческой смертности снизится до 7,8 на 1000 детей, родившихся живыми в 2016 г. и до 7,5 на 1000 детей, родившихся живыми в 2018 г.;
- показатель ранней неонатальной смертности снизится до 3,2 на 1000 детей, родившихся живыми в 2016 г., и до 2,9 на 1000 детей, родившихся живыми в 2018 г.;
- доля женщин с преждевременными родами, родоразрешенных в перинатальных центрах, в общем количестве женщин с преждевременными родами возрастет до 60% в 2016 г. и до 70% в 2018 г.;
- выживаемость в акушерском стационаре детей, имеющих при рождении очень низкую и экстремально низкую

массу тела, возрастет до 74,5%

в 2016 г. и до 75,5% в 2018 г..

Реализация Программы осуществляется в период 2013–2016 гг. в три этапа:

- I этап (ноябрь 2013 г. – июль 2014 г.) – организационный (разработка технического задания, проектной документации, выбор подрядчика, разработка программы подготовки и переподготовки медицинского персонала);
- II этап (август 2014 г. – май 2016 г.) – строительство перинатальных центров, реализация программы подготовки и переподготовки медицинских кадров;
- III этап (июнь – декабрь 2016 г.) – ввод в эксплуатацию перинатальных центров и получение лицензии на осуществление медицинской деятельности в перинатальных центрах.

Данная программа, для субъектов РФ, участвующих в ее реализации, является продолжением начавшейся в 2011 г. региональной программы модернизации здравоохранения, в рамках которой до 2014 г. осуществлялись мероприятия по укреплению материально-технической базы государственных и муниципальных учреждений здравоохранения. На эти цели было направлено 343,9 млрд руб., из них субсидий из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования – 280,9 млрд руб.

Мероприятия по укреплению материально-технической базы предусматривали завершение строительства ранее начатых отраслевых объектов, капитальный и текущий ремонты, а также оснащение учреждений здравоохранения медицинским оборудованием. К 2014 г. завершено строительство 101 учреждения здравоохранения в 32 субъектах РФ, в числе которых 4 региональных онкологических диспансера, 11 областных клинических больниц, в том числе 6 детских и 2 инфекционных, 29 центральных районных больниц, а также 2 региональных перина-

тальных центра в Иркутской и Тюменской областях. Ремонтные работы завершены почти в 4 тыс. медицинских организациях; закуплено и введено в эксплуатацию более 389 тыс. единиц оборудования, включая 700 магнитно-резонансных и компьютерных томографов, 6500 единиц рентгеновского и ангиографического оборудования в 5700 медицинских организациях.

Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, на основании ч. 13 и 14 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», осуществлялись контрольные мероприятия, направленные на выявление нарушений при реализации программ модернизации в целях их своевременного и качественного завершения к 2014 г. и обеспечения целевого и эффективного использования средств всех источников (региональный, местный бюджеты, субсидии ФОМС). В 2011–2013 гг. Федеральным ФОМС проверки проведены во всех регионах, при этом в некоторых субъектах РФ повторно.

Результаты контрольных мероприятий

Результаты контрольных мероприятий выявили следующие группы наиболее типичных и распространенных нарушений законодательства Российской Федерации при реализации мер укрепления материально-технической базы учреждений здравоохранения:

- I группа – нарушения законодательства о размещении заказов для государственных (муниципальных) нужд: отсутствие конкурсных процедур на проведение работ (оказание услуг), несоблюдение порядка обоснования начальной (максимальной) цены контрактов, изменение существенных условий контрактов в части сроков и стоимости работ;
- II группа – нарушения гражданского законодательства: неисполнение или ненадлежащее исполнение поставщиком (исполнителем, подрядчиком) своих обязательства по контрактам (как по качеству предмета контракта, так и по срокам выполнения контракта), отсутствие или ведение заказчиком не в полном объеме претензионной работы в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением обязательств исполнителем контракта;
- III группа – нарушения законодательства об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов РФ в части недостаточной или ненадлежащим образом реализации органами государственной власти субъектов РФ полномочий субъектов РФ в сфере охраны здоровья граждан: неэффективное использование и неиспользование медицинского оборудования в связи с неподготовленными в сроки, необходимые для монтажа медицинского оборудования и проведения пуско-наладочных работ помещениями, отсутствием специалистов для работы на данном оборудовании;
- IV группа – нарушения бюджетного законодательства: завышение стоимости выполненных работ, осуществление расходов, превышающих сметную стоимость работ, осуществление окончательного расчета по контракту при фактически невыполненных работах или выполненных не в полном объеме, а также нецелевое использование средств.

Выявленные Федеральным ФОМС нарушения и недостатки реализации региональных программ модернизации здравоохранения в субъектах РФ корреспондируются с результатами контрольных мероприятий, проведен-

ных Счетной палатой Российской Федерации, Федеральной службой финансово-бюджетного надзора, Федеральной антимонопольной службой и органами прокурорского надзора. Проведенные этими органами проверки, в том числе и объектов, не относящихся к системе здравоохранения, подтверждают распространенность вышеуказанных нарушений. Следует подчеркнуть, что это не означает их неизбежность, системность и «узаконенность». Напротив, при выявлении таких нарушений наступают соответствующие меры административной и иной ответственности. Однако, поскольку это именно те нарушения, которые имеют высокий уровень распространения, меры по их недопущению должны приниматься в первую очередь. Как известно, предупрежден – значит вооружен.

В рамках контрольных мероприятий, направленных на оценку эффективности реализации мероприятий по строительству объектов различных сфер производства, в т.ч. федеральных центров специализированной медицинской помощи, за период 2013–2014 гг. выявлен ряд нарушений и недостатков.

Одним из наиболее часто выявляемых недостатков является ненадлежащее оформление документации:

- наличие технических ошибок в документах, определяющих характеристики объекта капитального строительства (кадастровые номера и площади выделенных для строительства земельных участков, площади застройки, озеленения, строительный объем, структура объекта и др.),
- несоответствие сведений, содержащихся в различных документах (пояснительная записка (раздел 1) проектной документации, заключение государственной экспертизы, разрешение на строительство, контракты, журнал работ и акты их приемки),
- отсутствие в договорах подряда (субподряда) сроков выполнения сторонами принятых обязательств, в актах приемки работ – дат подписания указанных актов, сведений об объемах неоплачиваемых работ в связи с их незавершением, доработкой,
- не оформление застройщиком обоснований для расторжения контракта по соглашению сторон до выполнения работ в полном объеме.

Важно ➤ Указанные недостатки обуславливают возникновение трудностей при отстаивании интересов в судах, а кроме того, могут привести к затягиванию сроков строительства ■

Особое внимание в период контрольных мероприятий уделяется вопросам внесения изменений в проектную документацию во время строительства, в т.ч., не требующих проведения повторной государственной экспертизы проектов (при модификации проектной документации, получившей ранее положительное заключение государственной экспертизы, если такая модификация не затрагивает конструктивных и других характеристик надежности и безопасности объектов капитального строительства), что может свидетельствовать о некачественном проектировании и, как следствие, о неэффективном использовании бюджетных средств.

Вопросы выделения земельных участков под строительство объектов также являются предметом проводимых проверок: анализ выбора земельных участков, проведение заказчиком оценки эффективности указанного выбора, в т.ч. в части зависимости планируемого строительства от развития инженерной и транспортной доступности территории, соответствие площади земельного участка сведениям, отраженным в проектной документации и в положительном заклю-

чении на нее государственной экспертизы, наличие правоустанавливающих документов на земельные участки, анализ юридической завершенности процесса оформления участков (наличие правоустанавливающих документов, в т.ч. регистрации долгосрочных договоров аренды, внесение соответствующих изменений в кадастровые паспорта земельных участков, их своевременная передача застройщику для осуществления строительно-монтажных работ и др.).

В рамках контрольных мероприятий проводится оценка эффективности контроля и надзора за ходом строительства объектов. В соответствии с ч. 2 ст. 53 Градостроительного кодекса Российской Федерации строительный контроль проводится лицом, осуществляющим строительство.

В случае осуществления строительства, реконструкции, капитального ремонта на основании договора строительный контроль проводится также застройщиком или техническим заказчиком либо привлекаемым ими на основании договора физическим или юридическим лицом. Застройщик или технический заказчик по своей инициативе может привлекать лицо, осуществляющее подготовку проектной документации, для проверки соответствия выполняемых работ проектной документации.

Предметом строительного контроля является проверка выполнения работ при строительстве объектов на соответствие требованиям проектной и подготовленной на ее основе рабочей документации, результатам инженерных изысканий, требованиям градостроительного плана земельного участка, требованиям технических регламентов в целях обеспечения безопасности зданий и сооружений. Затраты на осуществление строительного контроля включаются в сводный сметный расчет стоимости строительства, что установлено п. 31 раз-

дела I постановления Правительства Российской Федерации от 16.02.2008 № 87 «О составе разделов проектной документации и требованиях к их содержанию».

Незаконная передача застройщиком своих функций подрядчику (организация взаимодействия, оптимизация строительства, консультирование по вопросам соответствия работ нормативам, освидетельствование оборудования и материалов, оценка качества технологических процессов и работ и др.), отсутствие или ненадлежащий контроль со стороны заказчика, особенно при участии в строительстве значительного числа субподрядных организаций, отсутствие документов, необходимых для своевременного и качественного контроля выполнения работ у застройщика, а также отсутствие расчетов на осуществление строительного контроля в сметной документации (в рамках непредвиденных расходов и затрат) являются типичными нарушениями, выявляемыми в ходе строительства объектов различных сфер.

Кроме того, в соответствии с подп. 1 п. 1 ч. 3 и ч. 4 ст. 54 Градостроительного кодекса Российской Федерации государственный строительный надзор объектов капитального строительства, проектная документация которых подлежит экспертизе, осуществляется органами исполнительной власти субъектов РФ, уполномоченными на осуществление регионального государственного строительного надзора за строительством объектов капитального строительства, если при их строительстве предусмотрено осуществление государственного строительного надзора. В рамках строительного надзора характерными видами нарушений, оформленных соответствующими предписаниями, являлось наличие исправлений в журналах входного контроля применяемых материалов, отсутствие документов, подтверждающих качество

материалов и изделий (сертификаты и прочее) в актах освидетельствования скрытых работ, отступления от технологии производства работ.

Важно ➤ Отдельной группой выявляемых нарушений является несоблюдение законодательства о размещении заказов для государственных (муниципальных) нужд: отсутствие обоснования начальной (максимальной) цены контракта на проектирование, строительство, поставку технологического и медицинского оборудования, несоответствие размера авансирования работ действующему законодательству в сфере размещения заказа для государственных нужд и (или) условиям заключенного контракта ■

Контрольно-надзорными органами отмечается ряд финансовых нарушений (отсутствие средств в бюджетах субъектов РФ, пересчета сметной стоимости объекта капитального строительства в текущие цены, оплата работ без их приемки), а также нарушения ведения бухгалтерского учета (установление на

баланс учреждения (организации) оборудования, зданий, не принятых по актам приемки, отсутствие отражения в бухгалтерском учете отдельных видов расходов и др.).

Важно ➤ Несвоевременное ресурсное обеспечение построенного объекта, в т.ч. в связи с ненадлежащим взаимодействием органов государственной власти субъектов РФ с органами местного самоуправления, (отсутствие транспортной доступности, неподготовленные инженерные коммуникации, отсутствие кадров, простой оборудования) наряду с вышеперечисленными нарушениями, приводят к затягиванию сроков строительства объектов, некачественному выполнению строительно-монтажных работ и неэффективному использованию бюджетных средств ■

Федеральным ФОМС в рамках проверок хода реализации мероприятий Программы развития перинатальных центров в Российской Федерации рассмотренным в настоящей статье «узким местам» будет уделяться особое внимание.

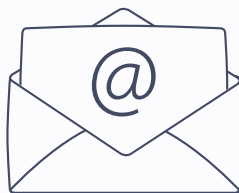
¹ На основе результатов контрольно-надзорных мероприятий при реализации государственных программ по строительству, реконструкции и капитальному ремонту инфраструктурных объектов.

² В ред. распоряжения Правительства РФ от 18.10.2014 № 2077-р.

³ Список субъектов приведен в распоряжении Правительства Российской Федерации от 09.12.2013 № 2302-р «Об утверждении Программы развития перинатальных центров в Российской Федерации».

Подпишитесь на e-mail-рассылку
портала **www.zdrav.ru**

- Главные новости здравоохранения
- Публикации из ведущих профессиональных изданий
- Анонсы профильных мероприятий



Присоединяйтесь к сообществу профессионалов

Реклама

Выберите удобный для вас способ подписки

В редакции – быстро, выгодно и надежно!



Подпишитесь, позвонив
по тел.: **8 (495) 937-9082**



Сделайте заказ на сайте
www.proflit.ru

Преимущества подписки в редакции

- **Выгодная цена при подписке по акции «Новый год с любого полугодия»**
- **Дополнительная экономия при подписке на год, на комплекты изданий**
- **Бесплатная доставка**
- **Гарантированная доставка изданий с комплектом документов**

На почте по каталогам

Подписные индексы журнала «Здравоохранение» с ежеквартальным приложением – журналом «Управление качеством в здравоохранении» (год, полугодие):
«Роспечать» – 47715, 72715; «Почта России» – 16693, 99732; «Пресса России» – 84988, 42533

В альтернативном агентстве вашего города

Москва и Московская область: ООО «Дельта пост», 8 (916) 012-2996; ООО «Агентство ГАЛ», 8 (499) 685-1361; ОАО «АРЗ/И», 8 (495) 680-8365, 680-9401, 680-8987; ООО «Агентство “Урал-Пресс”», 8 (495) 789-8636; ООО «Один-2», 8 (496) 573-9991; ООО «Центр информационных технологий», 8 (496) 575-3540. **Барнаул:** ООО «АП “Роспечать-Алтай”», 8 (3852) 63-5502, 63-6414. **Иркутск:** ЗАО «Центр финансово-экономической информации», 8 (3952) 25-0123, 25-0122, 25-0121. **Калининград:** ООО «Пресс-курьер», 8 (4012) 53-1446, 76-3937, 77-3630; ООО «Пресса-Подписка», 8 (4012) 53-5081, 46-0273. **Красноярск:** ООО «Фирма “АЛЗАР”», 8 (391) 274-2282, 291-3182. **Омск:** ООО «Регионпресс», 8 (3812) 37-1292, 28-8137. **Пермь:** ООО «ПРЕССА-ЛЮКС», 8 (342) 271-4208, 278-6776, 282-4886. **Санкт-Петербург:** ООО «Прессинформ Сервис», 8 (812) 786-5829. **Тюмень:** ООО «Деловая Пресса», 8 (3452) 67-2419, 69-6750; ООО «Медиацентр “Виктория-пресс”», 8 (3452) 67-3635, 67-3634. **Хабаровск:** ИП Булыгина Л.Э., 8 (4212) 42-8002, 8 (962) 226-9711.

Последствия реорганизации: оформление кадровых документов

ключевые слова

реорганизация, изменение условий трудового договора, сокращение численности, сокращение штата

В.И. Андреева,
канд. ист. наук,
профессор кафедры
трудового права
Российского
государственного
университета
правосудия



Написать автору
WWW.ZDRAV.RU

ПОРЯДОК РЕОРГАНИЗАЦИИ ЮРИДИЧЕСКОГО ЛИЦА И ЕЕ ПОСЛЕДСТВИЯ РЕГУЛИРУЮТСЯ НОРМАМИ СТАТЕЙ 57–60.2 ГРАЖДАНСКОГО КОДЕКСА РФ. В РЕЗУЛЬТАТЕ РЕОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ЮРИДИЧЕСКОГО ЛИЦА ПРОДОЛЖАЕТ ДРУГОЕ (ДРУГИЕ) ЮРИДИЧЕСКОЕ(ИЕ) ЛИЦО(А), А САМО ОНО ПРЕКРАЩАЕТ СВОЕ СУЩЕСТВОВАНИЕ. ГК РФ НАЗЫВАЕТ ПЯТЬ ФОРМ РЕОРГАНИЗАЦИИ: СЛИЯНИЕ, ПРИСОЕДИНЕНИЕ, ВЫДЕЛЕНИЕ, РАЗДЕЛЕНИЕ И ПРЕОБРАЗОВАНИЕ, ПРИЧЕМ ДОПУСКАЕТСЯ РЕОРГАНИЗАЦИЯ С СОЧЕТАНИЕМ РАЗНЫХ ФОРМ.

При реорганизации сохраняется универсальное правопреемство юридических лиц (п. 1 ст. 129 ГК РФ), которое затрагивает не только гражданские, но и налоговые, а также страховые права и обязанности.

По общему правилу процедура считается завершенной:

- при реорганизации во всех формах, кроме присоединения, – с момента государственной регистрации созданных юридических лиц (абз. 1 п. 4 ст. 57 ГК РФ);
- при реорганизации в форме присоединения первое юрлицо считается реорганизованным с момента внесения в Единый государственный реестр юридических лиц записи о прекращении деятельности присоединенного юрлица (абз. 2 п. 4 ст. 57 ГК РФ).

Важно ➤ Трудовые отношения продолжают автоматически – работников не нужно увольнять из прежней компании и принимать на работу в новую. Также нет необходимости переоформлять трудовые договоры ■

Трудовые отношения в процессе реорганизации регулируются нормами ст. 75 Трудового кодекса РФ. Главное, что нужно помнить: сама по себе процедура реорганизации (в любой форме) не может являться основанием для расторжения трудовых договоров с работниками (ч. 5 ст. 75 ТК РФ, письмо Роструда от 05.02.2007 № 276-6-0). Она не связана с уменьшением или увеличением объема прав и обязанностей работника и работода-

ля, действие трудовых договоров не прекращается, а их условия остаются прежними.

Как правило, после внесения записей в ЕГРЮЛ и получения свидетельства работодатель издает приказ по основной деятельности о завершении процедуры реорганизации, в котором констатирует факт организационных изменений и определяет сотрудников, ответственных за оформление документов, в том числе и по личному составу.

Далее необходимо изменить отдельные сведения о работодателе (наименование, организационно-правовая форма, адрес, ИНН и др.) в трудовых договорах, заключив с сотрудниками соответствующие дополнительные соглашения, а также внести записи в трудовые книжки работников, у которых изменилось наименование организации.

Если одна организация в ходе реструктуризации была присоединена к другой, нужно ли вносить записи в трудовые книжки сотрудников?

Пункт 3.2 Инструкции по заполнению трудовых книжек, утв. постановлением Минтруда России от 10.10.2003 № 69, предусматривает: если за время работы сотрудника наименование организации меняется, об этом отдельной строкой в графе 3 раздела «Сведения о работе» трудовой книжки делается соответствующая запись. При реорганизации изменяется организационно-правовая форма, которая, в свою очередь, является обязательным элементом наименования компании, а значит, в трудовые книжки обязательно вносятся записи.

Рекомендуется действовать по аналогии с записью о переименовании организации:

- графы 1 и 2 не заполняются;
- в графе 3 указываются прежнее и новое полное и сокращенное названия

компании, а также форма и дата проведенной реорганизации;

- в графе 4 дается ссылка на приказ по основной деятельности, издаваемый работодателем после окончания реорганизации и получения свидетельства о государственной регистрации.

Многие работодатели при реорганизации нарушают положения ч. 5 ст. 75 ТК РФ и расторгают трудовые договоры с работниками (по соглашению сторон или в порядке перевода в новую организацию), после заключая новые. Повторим, что такие действия трудовым законодательством не предусмотрены. Очевидно, однако, что в ст. 75 ТК РФ не учтены все последствия реорганизации, и на практике возникает необходимость в определенных изменениях, иногда довольно серьезных. Рассмотрим различные ситуации и порядок оформления кадровых документов в них.

Ситуация 1. Отказ сотрудника от продолжения работы в реорганизованной компании

У сотрудников реорганизованной компании есть право отказаться от продолжения работы в новой организации. Если он не согласен трудиться в изменившихся условиях, трудовой договор с ним расторгается на основании п. 6 ч. 1 ст. 77 ТК РФ (отказ от продолжения работы в связи с реорганизацией). Таким образом, продолжение трудовых отношений при реорганизации зависит от работника. По умолчанию они продолжают – при отказе прекращаются.

Важно ➤ Трудовое законодательство не требует, чтобы отказ от продолжения работы был зафиксирован письменно, но полагаем, это желательно сделать во избежание спорных ситуаций ■

Для предотвращения трудовых споров несогласие сотрудника продолжать работу

желательно оформить письменно, хотя ТК РФ это прямо и не устанавливает. Проще всего это сделать, направив письменное уведомление о реорганизации, на котором работник сможет поставить отметку об отказе от продолжения работы. Если же работник примет решение позже, то, скорее всего, сообщит о нем в соответствующем заявлении.

Если сотрудник отказался от продолжения работы, далее следует в обычном порядке оформить прекращение трудовых отношений:

- издать приказ об увольнении работника;
- внести запись об увольнении в его трудовую книжку.

Поскольку выходное пособие при увольнении по п. 6 ч. 1 ст. 77 ТК РФ не положено (ст. 178 ТК РФ), в последний день работнику должны быть выплачены только причитающиеся суммы зарплаты, премии, надбавки и компенсация за неиспользованные дни отпуска (ч. 4 ст. 841, ч. 1 ст. 127, ст. 140 ТК РФ).

Ситуация 2. Изменение условий трудовых договоров

Ситуация, когда реорганизация никоим образом не затрагивает условия трудовых договоров, идеальная. Чаще всего эта процедура сопровождается такими изменениями организационных условий труда, при которых те или иные условия трудового договора, о которых стороны договаривались при трудоустройстве (за исключением условия о трудовой функции), не могут быть сохранены. Такие изменения оформляются или соглашением сторон, или в одностороннем порядке по инициативе работодателя, но уже в соответствии с требованиями, предусмотренными ст. 74 ТК РФ. Работодатель в этой ситуации обязан:

1. Письменно уведомить каждого работника, в связи с какими обстоятельствами, какие именно условия трудового договора и почему не могут быть сохранены.

2. Либо уведомить сотрудника об отсутствии возможности перевода на иную работу (для случаев, когда в реорганизованной компании нет вакансий), либо предложить другую работу, если она есть.

3. Письменно оформить отказы сотрудников от работы в изменившихся условиях, а также от предложенного перевода на другую работу.

Если работник отказывается трудиться в новых условиях, но согласен на перевод, в его трудовой договор вносятся соответствующие изменения. Оформляется дополнительное соглашение о переводе на другую работу, издается приказ о переводе, и вносится запись в трудовую книжку.

Если же он отказывается и от продолжения работы, и от перевода (или в компании нет вакансий), то в общем порядке оформляется увольнение по основанию, предусмотренному п. 7 ч. 1 ст. 77 ТК РФ.

Ситуация 3. Сокращение численности или штата работников организации

По окончании реорганизации (особенно в форме слияния или присоединения) нередко возникает необходимость провести сокращение численности или штата работников, уволив «лишних» на основании п. 2 ч. 1 ст. 81 ТК РФ, разумеется, с соблюдением процедуры и положений ст. 178, 179, 180 ТК РФ.

Важно » В случае судебного спора о правомерности увольнения работодатель обязан будет доказать, что сокращение должности действительно имело место ■

Обратите внимание: сама по себе реорганизация не должна фигурировать в документах как основание для проведения мероприятий по сокращению штата работников. Ориентироваться надо исключительно на производственную необходимость и экономическую целесообразность.

Процедура такого увольнения начинается с издания приказа о внесении изменений в штатное расписание. Этот приказ необходим в тех случаях, когда штатное расписание правопреемника не предусматривает того количества должностей, которое необходимо в связи с прибытием новых сотрудников, не отказавшихся от продолжения работы в связи с реорганизацией.

Далее сотрудников, подпадающих под сокращение, предупреждают о предстоящем увольнении, предлагают перевод на другую имеющуюся работу или уведомляют об отсутствии вакансий.

В зависимости от конкретных обстоятельств дело заканчивается или оформлением перевода на другую работу, или увольнением по п. 2 ч. 1 ст. 81 ТК РФ.

Суд восстановил уволенного сотрудника на работе. Но к моменту вынесения этого решения предприятие было реорганизовано путем деления на два юридических лица. Какое из них должно выполнить решение суда?

В силу ч. 3 ст. 58 ГК РФ при разделении юридического лица его права и обязан-

ности переходят к вновь возникшим юридическим лицам в соответствии с разделительным балансом.

Значит, решение суда о восстановлении работника в должности должно выполнить то юридическое лицо, в штатном расписании которого имеется соответствующая штатная единица.

В случае если ни у одной организации в штатном расписании такая должность не значится, можно лишь порекомендовать работнику обратиться в службу судебных приставов за принудительным исполнением судебного решения. Представляется, что именно служба судебных приставов и судья, вынесший решение о восстановлении на работе, должны поставить точку в этом непростом вопросе.

В заключение отметим, что независимо от того, что происходит с трудовыми отношениями – меняются ли условия труда, сотрудник переводится на другую работу, или трудовой договор расторгается по одному из названных нами оснований, – во все кадровые документы сначала вносятся записи о произошедшей реорганизации, а затем уже оформляется одна из рассмотренных ситуаций.

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



Индивидуальный подход к каждому клиенту!



ПОСТАНОВЛЕНИЕ
Правительства Российской Федерации
от 05.02.2015 № 102

**Об установлении
ограничения допуска отдельных видов
медицинских изделий,
происходящих из иностранных государств,
для целей осуществления закупок для обеспечения
государственных и муниципальных нужд**

В соответствии с ч. 3 ст. 14 Федерального закона «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд» Правительство Российской Федерации постановляет:

1. Утвердить прилагаемый перечень отдельных видов медицинских изделий, происходящих из иностранных государств, в отношении которых устанавливается ограничение допуска для целей осуществления закупок для обеспечения государственных и муниципальных нужд (далее – перечень).
2. Установить, что для целей осуществления закупок отдельных видов медицинских изделий, включенных в перечень, заказчик отклоняет все заявки, содержащие предложения о поставке медицинских изделий, происходящих из иностранных государств, за исключением Республики Армения, Республики Белоруссия и Республики Казахстан, при условии, что на участие в определении поставщика подано не менее 2 удовлетворяющих требованиям документации о закупке заявок, которые одновременно: содержат предложения о поставке одного или нескольких видов медицинских изделий, включенных в перечень, страной происхождения которых является Российская Федерация, Республика Армения, Республика Белоруссия или Республика Казахстан; не содержат предложений о поставке одного и того же вида медицинского изделия одного производителя.
3. Подтверждением страны происхождения медицинских изделий, включенных в перечень, является сертификат о происхождении товара, выдаваемый уполномоченным органом (организацией) Российской Федерации, Республики Армения, Республики Белоруссия или Республики Казахстан по форме, установленной Правилами определения страны происхождения товаров, являющимися неотъемлемой частью Соглашения о Правилах определения страны происхождения товаров в Содружестве Независимых Государств от 20 ноября 2009 г., и в соответствии с критериями определения страны происхождения товаров, предусмотренными указанными Правилами.

4. Установленные настоящим постановлением ограничения допуска отдельных видов медицинских изделий, включенных в перечень, не применяются в следующих случаях:

размещение извещений об осуществлении закупок отдельных видов медицинских изделий, включенных в перечень, в единой информационной системе в сфере закупок и (или) направление приглашений принять участие в определении поставщика закрытым способом, осуществленные до вступления в силу настоящего постановления;

осуществление закупок отдельных видов медицинских изделий, включенных в перечень, дипломатическими представительствами и консульскими учреждениями Российской Федерации, торговыми представительствами Российской Федерации и официальными представительствами Российской Федерации при международных организациях для обеспечения своей деятельности на территории иностранного государства.

Председатель Правительства
Российской Федерации
Д.А. МЕДВЕДЕВ

Утвержден
постановлением
Правительства РФ
от 05.02.2015 № 102

ПЕРЕЧЕНЬ отдельных видов медицинских изделий, происходящих из иностранных государств, в отношении которых устанавливается ограничение допуска для целей осуществления закупок для обеспечения государственных и муниципальных нужд

Код в соответствии с Общероссийским классификатором продукции по видам экономической деятельности (ОКПД) ОК 034-2007	Наименование вида медицинских изделий ¹
18.21.11.111 18.21.21.111 18.21.30.411 18.21.30.412	Одежда медицинская
24.41.60.330	Наборы реагентов для выявления инфекционных агентов методом полимеразной цепной реакции
24.41.60.363 24.41.60.364	Наборы реагентов для количественного и качественного определения иммуноглобулинов/антигенов инфекционных агентов методом иммуноферментного анализа
24.41.60.384 24.41.60.391	Наборы реагентов для количественного определения гормонов методом иммуноферментного анализа

Нормативные документы

Код в соответствии с Общероссийским классификатором продукции по видам экономической деятельности (ОКПД) ОК 034-2007	Наименование вида медицинских изделий ¹
24.41.60.395	Наборы биохимических реагентов для определения факторов свертывания крови
24.41.60.399	Наборы реагентов для выявления инфекционных агентов методом полимеразной цепной реакции
24.42.12.120 24.42.12.131	Салфетки антисептические спиртовые
24.42.13.391	Наборы (комплекты) реагентов для гематологических анализаторов
24.42.23.110	Наборы реагентов для определения групп крови и резус-фактора
24.42.23.111	Наборы биохимических реагентов для определения ферментов
24.42.23.111	Наборы биохимических реагентов для определения факторов свертывания крови
24.42.23.119	Наборы реагентов для фенотипирования крови человека по групповым системам резус, Келл и Кидд
24.42.24.140 24.42.24.141 24.42.24.142 24.42.24.143	Специальные хирургические одноразовые стерильные изделия из нетканых материалов для защиты пациента и медицинского персонала
24.66.42.140	Питательные среды селективные и неселективные
24.66.42.310	Наборы биохимических реагентов для определения субстратов
24.66.42.341	Наборы биохимических реагентов для определения ферментов
24.66.42.389	Наборы (комплекты) реагентов для гематологических анализаторов
25.22.14.210	Контейнеры для биопроб полимерные
29.23.13.331 29.23.13.335 29.23.13.990	Холодильники комбинированные лабораторные; холодильники фармацевтические; медицинские морозильники
33.10.11.111	Томографы компьютерные с количеством срезов от 1 до 64
33.10.11.140	Системы однофотонной эмиссионной компьютерной томографии (гамма-камеры)
33.10.11.112 33.10.11.113	Рентгендиагностические комплексы на 2 рабочих места; рентгендиагностические комплексы на 3 рабочих места; рентгендиагностические комплексы на базе телеуправляемого стола-штатива; флюорографы; маммографы; рентгеновские аппараты передвижные палатные
33.10.12.111	Электрокардиографы
33.10.12.126	Кардиомониторы прикроватные; комплексы суточного мониторирования ЭКГ

Код в соответствии с Общероссийским классификатором продукции по видам экономической деятельности (ОКПД) ОК 034-2007	Наименование вида медицинских изделий ¹
33.10.12.126	Анализаторы глюкозы
33.10.13.119	Иглы корневые
33.10.15.110	Микромоторы пневматические для наконечников стоматологических; наконечники для микромоторов; наконечники стоматологические турбинные
33.10.15.120	Иглы хирургические
33.10.15.121	Шприцы-инъекторы медицинские многоразового и одноразового использования с инъекционными иглами и без них
33.10.15.134	Ножницы микрохирургические
33.10.15.136	Боры зубные твердосплавные
33.10.15.152	Пинцеты микрохирургические
33.10.15.154	Иглодержатели микрохирургические
33.10.15.213	Микрохирургические инструменты для офтальмологии
33.10.15.430	Устройства для переливания крови, кровезаменителей и инфузионных растворов, в том числе и с микро-фильтром
33.10.15.610	Контейнеры для заготовки, хранения и транспортирования крови; устройства с лейкоцитарным фильтром; устройства для вливания кровезаменителей и инфузионных растворов
33.10.15.614	Зеркала гинекологические полимерные по Куско; наборы гинекологические смотровые одноразовые стерильные
33.10.16.150	Одежда медицинская
33.10.17.415	Имплантаты для остеосинтеза
33.10.18.110	Слуховые аппараты неимплантируемые
33.20.53.145	Устройства электрофореза белков сыворотки крови на пленках из ацетата целлюлозы
33.20.53.310	Анализаторы свертывания крови
33.20.53.311	Анализаторы билирубина; анализаторы белка в моче; анализаторы биохимические полуавтоматические
33.20.53.311	Гемоглобинометры
33.20.53.320	Глюкометры индивидуальные
33.20.53.332	Амплификаторы детектирующие для обеспечения исследований методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени

¹ При применении настоящего перечня следует руководствоваться как кодом в соответствии с Общероссийским классификатором продукции по видам экономической деятельности (ОКПД) ОК 034-2007, так и наименованием вида медицинского изделия указанного кода.

ПРИКАЗ
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 02.12.2014 № 796н

**Об утверждении положения
об организации оказания
специализированной, в том числе
высокотехнологичной, медицинской помощи¹**

В соответствии с ч. 5 ст. 32 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724) приказываю:

1. Утвердить прилагаемое Положение об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.
2. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16.04.2010 № 243н «Об организации оказания специализированной медицинской помощи».

Министр
В.И. СКВОРЦОВА

Утверждено
приказом Минздрава России
от 02.12.2014 № 796н

ПОЛОЖЕНИЕ
об организации оказания специализированной, в том числе
высокотехнологичной, медицинской помощи

1. Настоящее Положение устанавливает правила организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в медицинских организациях и иных организациях, осуществляющих медицинскую деятельность на территории Российской Федерации (далее – медицинские организации).
2. Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь оказывается в медицинских организациях государственной, муниципальной (в случае передачи органами государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья полномочий по организации оказания специализированной медицинской помощи органам местного самоуправления) и частной систем здравоохранения, имеющих лицензию на

¹ Зарегистрирован в Минюсте России 02.02.2015 № 35821.

медицинскую деятельность, полученную в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

3. Высокотехнологичная медицинская помощь, являющаяся частью специализированной медицинской помощи, включает в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов геномной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники¹.

4. Организация оказания высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется с применением специализированной информационной системы в порядке, установленном Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с ч. 8 ст. 34 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724).

5. Порядок направления пациентов в медицинские организации, подведомственные федеральным органам исполнительной власти (далее – федеральная медицинская организация), для оказания специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи установлен приложением к настоящему Положению.

6. Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи.

7. Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь оказывается в следующих условиях:

- в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
- стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

8. При организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи ведется учетно-отчетная медицинская документация.

9. Медицинскими показаниями для оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в стационарных условиях являются:

- а) наличие или подозрение на наличие у пациента заболевания и (или) состояния, требующего оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в экстренной или неотложной форме в целях диагностики и лечения;
- б) наличие или подозрение на наличие у пациента заболевания и (или) состояния, требующего оказания специализированной, в том числе высокотех-

¹ Ч. 3 ст. 34 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724).

нологической, медицинской помощи в плановой форме в целях профилактики, диагностики, лечения, реабилитации;

в) наличие или подозрение на наличие у пациента заболевания и (или) состояния, представляющего угрозу жизни и здоровью окружающих (изоляция пациента, в том числе по эпидемическим показаниям);

г) риск развития осложнений при проведении пациенту медицинских вмешательств, связанных с диагностикой и лечением;

д) отсутствие возможности оказания специализированной, в том числе высокотехнологической, медицинской помощи в условиях дневного стационара в связи с возрастом пациента (дети, престарелые граждане) и инвалидностью 1-й группы.

10. Медицинскими показаниями для оказания специализированной, в том числе высокотехнологической, медицинской помощи в условиях дневного стационара являются наличие или подозрение на наличие у пациента заболевания и (или) состояния, требующего оказания специализированной, в том числе высокотехнологической, медицинской помощи в плановой форме в целях профилактики, диагностики, лечения, реабилитации.

11. Определение наличия одного или нескольких медицинских показаний для оказания специализированной медицинской помощи (за исключением высокотехнологической) в плановой форме в стационарных условиях или в условиях дневного стационара, предусмотренных подп. «б» п. 9 и п. 10 настоящего Положения, осуществляется лечащим врачом.

12. Определение наличия медицинских показаний для оказания высокотехнологической медицинской помощи в плановой форме, предусмотренных подп. «б» п. 9 и п. 10 настоящего Положения, осуществляется врачебной комиссией медицинской организации, в которой пациенту оказывается первичная специализированная медико-санитарная помощь или специализированная медицинская помощь, с учетом перечня видов высокотехнологической медицинской помощи, установленного программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи¹. Решение врачебной комиссии медицинской организации оформляется протоколом с записью в медицинской документации пациента.

13. Для получения специализированной медицинской помощи в экстренной или неотложной форме пациент самостоятельно обращается в медицинскую организацию или доставляется выездной бригадой скорой медицинской помощи в соответствии с Правилами осуществления медицинской эвакуации при оказании скорой медицинской помощи².

При оказании специализированной медицинской помощи в экстренной форме время от момента доставки пациента выездной бригадой скорой медицинской помощи в медицинскую организацию или от момента самостоятель-

¹ Ч. 5 ст. 80 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2013, № 48, ст. 6165), постановление Правительства Российской Федерации от 28 ноября 2014 г. № 1273 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2014, № 49, ст. 6975).

² Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 июня 2013 г. № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 16 августа 2013 г., регистрационный № 29422).

ного обращения пациента в медицинскую организацию до установления предварительного диагноза не должно превышать 1 час.

14. В случае самостоятельного обращения пациента в медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь, определение медицинских показаний для оказания специализированной медицинской помощи стационарно, предусмотренных подп. «а» п. 9 настоящего Положения, осуществляется врачом-специалистом (врачами-специалистами) данной медицинской организации с оформлением записи в учетной документации медицинской организации и медицинской документации пациента.

15. В случае отсутствия медицинских показаний для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, предусмотренных подп. «а» п. 9 настоящего Положения, или отказа пациента от оказания специализированной медицинской помощи в экстренной или неотложной форме врач-специалист медицинской организации, оказывающей специализированную медицинскую помощь, оформляет на бланке медицинской организации медицинское заключение, содержащее:

- дату и время поступления пациента;
- порядок поступления пациента (самостоятельное обращение, доставление выездной бригадой скорой медицинской помощи, направление медицинской организацией);
- фамилию, имя, отчество (при наличии) пациента и дату его рождения (число, месяц, год);
- диагноз заболевания (состояния) и код по МКБ-10¹;
- перечень, объем и результаты проведенных пациенту медицинских вмешательств с целью определения медицинских показаний для оказания специализированной медицинской помощи;
- причину отказа в госпитализации (отсутствие медицинских показаний, отказ пациента);
- рекомендации по дальнейшему наблюдению и (или) лечению пациента.

16. В случае отказа пациента от госпитализации при наличии медицинских показаний для оказания специализированной медицинской помощи в экстренной или неотложной форме врач-специалист медицинской организации, оказывающей специализированную медицинскую помощь, дает разъяснения пациенту (законному представителю пациента) о возможных последствиях данного отказа для состояния здоровья и жизни пациента с соблюдением требований², установленных законодательством Российской Федерации.

17. Для получения специализированной медицинской помощи в плановой форме выбор медицинской организации осуществляется по направлению лечащего врача.

В случае если в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – территориальная программа) принимают участие несколько медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по соответствующему

¹ Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (10 пересмотр).

² Ст. 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2013, № 48, ст. 6165).

профилю, лечащий врач обязан проинформировать пациента (законного представителя пациента) о возможности выбора медицинской организации в установленном порядке¹ с учетом выполнения условий оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой.

18. В случае выявления у пациента медицинских показаний для оказания специализированной медицинской помощи лечащий врач оформляет выписку из медицинской документации пациента в соответствии с требованиями, предусмотренными п. 19 настоящего Порядка, и направление на госпитализацию в медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь (далее – направление на госпитализацию), в соответствии с требованиями, предусмотренными п. 20 настоящего Порядка. Выписка из медицинской документации и направление на госпитализацию выдаются пациенту (его законному представителю).

19. Выписка из медицинской документации должна содержать диагноз заболевания (состояния), код диагноза по МКБ-10, сведения о состоянии здоровья, проведенных диагностике и лечении, рекомендации о необходимости оказания специализированной медицинской помощи с указанием формы ее оказания (неотложная, плановая).

20. Направление на госпитализацию оформляется лечащим врачом на бланке медицинской организации, должно быть написано разборчиво от руки или в печатном виде, заверено личной подписью и печатью лечащего врача и содержать следующие сведения:

- фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента, дату его рождения, домашний адрес;
- номер страхового полиса и название страховой организации (при наличии);
- свидетельство обязательного пенсионного страхования (при наличии);
- код основного диагноза по МКБ-10;
- результаты лабораторных, инструментальных и других видов диагностики, подтверждающих установленный диагноз и наличие медицинских показаний для оказания специализированной медицинской помощи;
- профиль показанной пациенту специализированной медицинской помощи и условия ее оказания (стационарно, в дневном стационаре);
- наименование медицинской организации, в которую направляется пациент для оказания специализированной медицинской помощи;
- фамилия, имя, отчество (при наличии) и должность лечащего врача, контактный телефон (при наличии), электронный адрес (при наличии).

21. Выбор медицинской организации при оказании пациенту специализированной медицинской помощи в плановой форме за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает пациент, осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 г. № 1342н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории субъекта Россий-

¹ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 апреля 2012 г. № 406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 21 мая 2012 г., регистрационный № 24278).

ской Федерации, в котором проживает гражданин, при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 12 марта 2013 г., регистрационный № 27617). 22. Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства при оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Приложение
к Положению об организации оказания
специализированной, в том числе высокотехнологичной,
медицинской помощи,
утвержденному приказом Минздрава России
от 02.12.2014 № 796н

ПОРЯДОК направления пациентов в медицинские организации и иные организации, подведомственные федеральным органам исполнительной власти, для оказания специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи

1. Настоящий Порядок определяет правила направления граждан, нуждающихся в оказании специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи (далее соответственно – пациенты, специализированная медицинская помощь), для оказания специализированной медицинской помощи в плановой форме в медицинские организации и иные организации, подведомственные федеральным органам исполнительной власти (далее – федеральная медицинская организация), за счет средств обязательного медицинского страхования и средств федерального бюджета.
2. Направление пациентов в федеральные медицинские организации для оказания специализированной медицинской помощи осуществляется лечащим врачом медицинской организации, в которой пациент проходит диагностику и лечение в рамках оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи или специализированной медицинской помощи (далее – лечащий врач).
3. Выбор федеральной медицинской организации для получения специализированной медицинской помощи осуществляется в соответствии с пп. 17

и 21 Положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, утвержденного настоящим приказом (далее – Положение).

4. Лечащий врач при направлении пациента в федеральную медицинскую организацию для оказания специализированной медицинской помощи определяет наличие одного или нескольких медицинских показаний для оказания специализированной медицинской помощи, предусмотренных настоящим Порядком.

5. Медицинскими показаниями для оказания специализированной медицинской помощи в федеральных медицинских организациях являются медицинские показания, предусмотренные подп. «б» п. 9 и п. 10 Положения, при условии:

а) нетипичного течения заболевания и (или) отсутствия эффекта от проводимого лечения;

б) необходимости применения методов лечения, не выполняемых в медицинских организациях, подведомственных органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения;

в) высокого риска хирургического лечения в связи с осложненным течением основного заболевания или наличием коморбидных заболеваний;

г) необходимости выполнения повторных хирургических вмешательств в случаях, предусмотренных подп. «а», «б», «в» настоящего пункта;

д) необходимости дополнительного обследования в диагностически сложных случаях и (или) комплексной предоперационной подготовки у больных с осложненными формами заболевания и (или) коморбидными заболеваниями для последующего хирургического лечения;

е) необходимости повторной госпитализации по рекомендации федеральной медицинской организации.

6. В случае выявления у пациента медицинских показаний для оказания специализированной медицинской помощи в федеральной медицинской организации лечащий врач оформляет выписку из медицинской документации пациента в соответствии с требованиями, предусмотренными п. 19 Положения, и направление на госпитализацию в федеральную медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь, в соответствии с требованиями, предусмотренными п. 20 Положения.

Выписка из медицинской документации пациента и направление на госпитализацию в федеральную медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь, выдается на руки пациенту (его законному представителю).

7. Руководитель медицинской организации, осуществляющей направление (далее – направляющая организация), или иное уполномоченное руководителем лицо обязан личной подписью заверить выданное лечащим врачом направление на госпитализацию в федеральную медицинскую организацию и с использованием доступных средств связи (телефон, телефон/факс, электронная почта) уведомить о направлении пациента в федеральную медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь, и согласовать с ней возможность и сроки госпитализации пациента.

8. При необходимости федеральная медицинская организация запрашивает выписку из медицинской документации пациента и иную информацию, со-

держашуюся в медицинской документации пациента, для решения вопроса о возможности и сроках госпитализации пациента.

9. Основанием для госпитализации пациента в федеральную медицинскую организацию для оказания специализированной медицинской помощи является решение врачебной комиссии федеральной медицинской организации.

10. Основанием для рассмотрения на врачебной комиссии федеральной медицинской организации вопроса о наличии (отсутствии) медицинских показаний для госпитализации пациента в целях оказания специализированной медицинской помощи являются документы, указанные в п. 6 настоящего Порядка.

11. Врачебная комиссия федеральной медицинской организации в срок, не превышающий семь рабочих дней со дня получения уведомления, предусмотренного п. 7 настоящего Порядка, принимает решение о наличии (отсутствии) медицинских показаний для госпитализации пациента в целях оказания специализированной медицинской помощи.

12. Решение врачебной комиссии федеральной медицинской организации оформляется протоколом, содержащим следующие данные:

- а) основание создания врачебной комиссии федеральной медицинской организации (реквизиты нормативного акта);
- б) дата принятия решения врачебной комиссии федеральной медицинской организации;
- в) состав врачебной комиссии федеральной медицинской организации;
- г) паспортные данные пациента (фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения, сведения о месте жительства);
- д) диагноз заболевания (состояния) и код диагноза по МКБ-10;
- е) заключение врачебной комиссии федеральной медицинской организации, содержащее одно из следующих решений:
 - о наличии медицинских показаний для госпитализации пациента в федеральную медицинскую организацию для оказания специализированной медицинской помощи с указанием диагноза, кода диагноза по МКБ-10, планируемой даты госпитализации пациента;
 - об отсутствии медицинских показаний для госпитализации пациента в федеральную медицинскую организацию для оказания специализированной медицинской помощи с рекомендациями по дальнейшему медицинскому наблюдению и (или) лечению пациента по профилю его заболевания;
 - о наличии медицинских показаний для направления пациента в медицинскую организацию для оказания высокотехнологичной медицинской помощи, с указанием диагноза, кода диагноза по МКБ-10, кода вида высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, утверждаемым в соответствии с законодательством Российской Федерации¹.

13. Протокол решения врачебной комиссии федеральной медицинской организации оформляется на бумажном носителе в одном экземпляре и хранится в федеральной медицинской организации.

¹ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 декабря 2013 г. № 916н «О перечне видов высокотехнологичной медицинской помощи» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 25 декабря 2013 г., регистрационный № 30804).

14. Врачебная комиссия федеральной медицинской организации в случае принятия одного из решений, указанных в подп. «е» п. 12 настоящего Порядка, уведомляет с использованием доступных средств связи (телефон, телефон/факс, электронная почта и др.) направляющую медицинскую организацию или Министерство здравоохранения Российской Федерации при направлении пациентов для оказания специализированной медицинской помощи в случаях, указанных в п. 16 настоящего Порядка, о своем решении в срок, не превышающий трех рабочих дней со дня его принятия, с направлением выписки из протокола решения врачебной комиссии федеральной медицинской организации путем электронного взаимодействия.

15. Орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения в случае принятия врачебной комиссией федеральной медицинской организации решения, указанного в абзаце третьем подп. «е» п. 12 настоящего Порядка, обеспечивает дальнейшее лечение пациента в соответствии с рекомендациями, указанными в выписке из протокола решения врачебной комиссии федеральной медицинской организации, в объемах, предусмотренных территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

16. Министерство здравоохранения Российской Федерации (далее – Министерство) осуществляет направление пациентов для оказания специализированной медицинской помощи в федеральные медицинские организации в случаях, если:

1) пациент не имеет регистрации по месту жительства (временного проживания или пребывания) на территории Российской Федерации;

2) орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения по месту жительства (временного проживания или пребывания) пациента не обеспечил направление пациента в федеральную медицинскую организацию для оказания специализированной медицинской помощи в соответствии с настоящим Порядком.

17. Основанием для направления Министерством (уполномоченным структурным подразделением Министерства) пациента в федеральную медицинскую организацию для оказания специализированной медицинской помощи является письменное обращение пациента (его законного представителя) в Министерство с информацией о причинах обращения в Министерство с целью направления в федеральную медицинскую организацию для оказания специализированной медицинской помощи.

18. Письменное обращение пациента в Министерство должно содержать следующие сведения:

- а) фамилия, имя, отчество (при наличии);
- б) данные о месте жительства (месте временного проживания или пребывания);
- в) реквизиты документа, удостоверяющего личность и гражданство пациента;
- г) почтовый адрес для направления письменных ответов и уведомлений;
- д) номер контактного телефона (при наличии);
- е) электронный адрес (при наличии).

19. К письменному обращению пациента в Министерство прилагается письменное согласие на обработку персональных данных пациента и копии следующих документов:

- а) паспорт гражданина Российской Федерации (пациента);
- б) свидетельство о рождении (для пациента в возрасте до 14 лет);
- в) полис обязательного медицинского страхования пациента (при наличии);
- г) свидетельство обязательного пенсионного страхования пациента (при наличии);
- д) выписка из медицинской документации пациента с рекомендациями о необходимости оказания пациенту специализированной медицинской помощи.

20. В случае обращения от имени пациента, его законного представителя в письменном обращении в Министерство дополнительно указываются сведения о законном представителе пациента или доверенном лице пациента, указанные в подпунктах «а» и «е» п. 18 настоящего Порядка, и дополнительно к обращению прилагаются:

- а) копия паспорта законного представителя пациента;
- б) копия документа, подтверждающего полномочия законного представителя пациента.

21. Уполномоченное структурное подразделение Министерства в течение десяти рабочих дней со дня регистрации в Министерстве письменного обращения пациента (его законного представителя) и прилагаемых к нему копий документов, предусмотренных пп. 19 и 20 настоящего Порядка, обеспечивает направление письменного запроса в федеральную медицинскую организацию и в копии уведомления пациенту о необходимости определения наличия (отсутствия) медицинских показаний для оказания пациенту специализированной медицинской помощи в федеральной медицинской организации с приложением копий документов, указанных в п. 19 настоящего Порядка.

22. В случае отсутствия одного или нескольких копий документов, предусмотренных подп. «а» – «д» п. 19 настоящего Порядка, уполномоченное структурное подразделение Министерства в течение 2 рабочих дней подготавливает письменный ответ в адрес пациента (его законного представителя) за подписью директора уполномоченного структурного подразделения Министерства (лица, его замещающего) с разъяснениями о перечне документов, необходимых для направления пациента в федеральную медицинскую организацию для оказания специализированной медицинской помощи.

23. Врачебная комиссия федеральной медицинской организации в случае принятия одного из решений, указанных в подп. «е» п. 12 настоящего Порядка, уведомляет с использованием доступных средств связи (телефон, телефон/факс, электронная почта и др.) уполномоченное структурное подразделение Министерства о своем решении в срок, не превышающий трех рабочих дней со дня его принятия, с направлением выписки из протокола решения врачебной комиссии федеральной медицинской организации в адрес уполномоченного структурного подразделения Министерства и пациента (его законного представителя).

24. Пациент вправе обжаловать решения, принятые в ходе его направления в федеральную медицинскую организацию для оказания специализированной медицинской помощи на любом этапе, а также действия (бездействие) органов, организаций, должностных и иных лиц в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

УЧРЕДИТЕЛЬ И ИЗДАТЕЛЬ – ЗАО «МЦФЭР»

МЕЖАНСКИЙ М.А. генеральный директор

ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ МЦФЭР

Гирихида В.П. директор Издательского дома

Богданова Е.В. главный редактор Издательского дома

Пьяных С.М. заместитель главного редактора Издательского дома

МЦФЭР МЕДИЦИНА

Левен М.О. руководитель

Редакция

Иванов А.В. главный редактор объединенной редакции «Здравоохранение»

Рыбакова Т.А. ответственный редактор

Новрузова Е.В. выпускающий редактор

Клокова Н.А. редактор по работе с авторами

Титова С.Ю. верстальщик

Голубева Т.Н. дизайн-концепция

Адрес редакции: 127287, г. Москва, ул. 2-я Хуторская, д. 38А, стр. 17, тел.: 8 (495) 937-90-80

Наш сайт в Интернете: www.zdrav.ru. **Интернет-магазин:** www.proflit.ru

Для писем: 129164, г. Москва, а/я 9. E-mail: meddep@mcfr.ru

Подписные индексы*:

«Роспечать» – 72715, 47715

«Почта России» – 99732, 16693

«Пресса России» – 40533, 84988

* Полугодовой и годовой.

Отдел продвижения

Руководитель – Михайлова Н.М., nmikhaylova@mcfr.ru

Ведущий бренд-менеджер – Арцишевская А.В., aarcyshevskaya@mcfr.ru

Размещение рекламы

Тел.: 8 (495) 937-90-83

Карпов Е.Н. директор

ekarov@mcfr.ru

Гапонова И.В. старший менеджер

gaponova@mcfr.ru

Оводова О.Н. менеджер

ovodova@mcfr.ru

Служба клиентской поддержки

Тел.: 8 (495) 937-90-82, 933-63-22

Факс: 8 (495) 933-52-62

e-mail: pressa@mcfr.ru

Претензии по доставке направлять по факсу: 8 (495) 933-52-62, e-mail: pressa@mcfr.ru

Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов.

Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов.

Перепечатка материалов, опубликованных в журнале «Здравоохранение», допускается только с письменного согласия редакции.

Свидетельство о регистрации средства массовой информации № 013625 от 26.05.1995
выдано Комитетом РФ по печати.

Подписано в печать 17.03.2015.

Формат 70 × 108 1/16. Бумага офсетная.

Усл. печ. л. 11,2. Тираж 7600 экз. Изд. № 6930. Зак. № К-2993.

Дата выхода в свет 02.04.2015.

ЗАО «МЦФЭР». 129090, г. Москва, ул. Щепкина, д. 25/20.

Цена свободная.

Отпечатано в ОАО «ИПК «Чувашия»

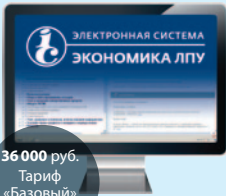
428019, Чувашская Республика, г. Чебоксары, пр-т И. Яковлева, д. 13.

ISSN 1028-9771



9 771028 977155

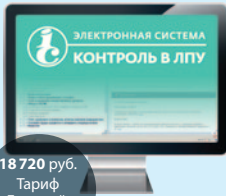
Ваша экспертная поддержка в удобном формате



Электронная система
«Экономика ЛПУ»

Практические
рекомендации
для экономистов ЛПУ

36 000 руб.
Тариф
«Базовый»
год



Электронная система
«Контроль в ЛПУ:
ответственность главной
медицинской сестры»

Экспертные разъяснения
для главной медицинской
сестры

18 720 руб.
Тариф
«Базовый»
год



Журнал «Здравоохранение»
и журнал «Управление
качеством
в здравоохранении»

12 210 руб.



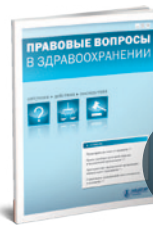
Журнал «Управление
качеством
в здравоохранении»

1 320 руб.



Журнал «Экономика ЛПУ
в вопросах и ответах»

3 696 руб.



Журнал «Правовые вопросы
в здравоохранении»

8 316 руб.



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

7 062 руб.



Журнал «Главная
медицинская сестра»

10 098 руб.



Журнал «Справочник
фельдшера и акушерки»

4 818 руб.



Журнал «Справочник
заведующего КДЛ»

6 336 руб.

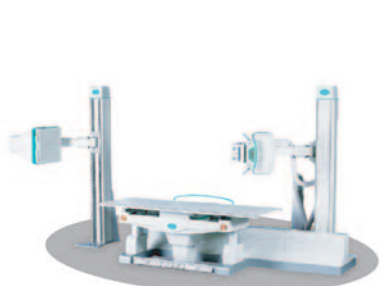


Журнал «Новая Аптека»

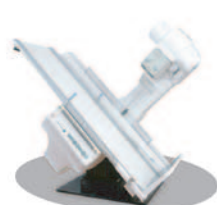
12 540 руб.

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

ИННОВАЦИОННЫЙ ЛИДЕР РОССИЙСКОГО РЫНКА ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ ДЛЯ РЕНТГЕНОЛОГИИ



Рентгенография



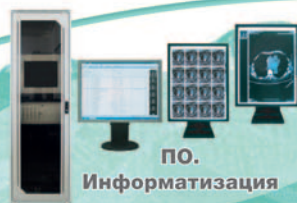
Рентгенография
и рентгеноскопия



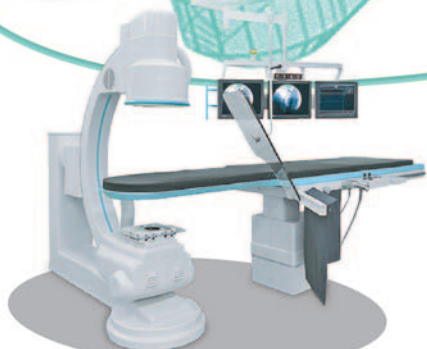
Флюорография



Интервенционная
рентгенология



ПО.
Информатизация



Ангиография



Комплекс для
компьютерной томографии*

**МЫ ДЕЛАЕМ ЦИФРОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДОСТУПНЫМИ.
ДЛЯ КАЖДОЙ РОССИЙСКОЙ КЛИНИКИ.
ДЛЯ КАЖДОГО ЖИТЕЛЯ РОССИИ.**