

Внимание!
Подписка по акции!
Подробности см. в журнале

WWW.ZDRAV.RU

Здравоохранение



журнал рабочих ситуаций главного врача

№3
март 2015



ENDO-TECHNIK

Сделано в Германии



Немецкие системы для обработки, сушки и хранения гибких эндоскопов любых типов и производителей. Впечатляющий модельный ряд. Доступные цены.



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

62 Методологические подходы
к перспективной оценке потребности
населения в медицинских кадрах



8 Марта!

Дорогие коллеги, милые женщины!

Снова пришла в нашу жизнь весна, а с нею и любимый праздник 8 Марта.

Все мы: матери, дочери, жены, сестры – женщины. Любимые и любящие. Мы в этом уверены, ведь в нашей профессии без сердца, полного любви, нельзя.

Поздравляем вас с этим чудесным весенним праздником!

Хотим пожелать всего, что украшает нашу жизнь, согревает и наполняет сердца: доброты, чуткости, верности, смеха ребенка, улыбки матери, шума дождя, солнечного тепла, света луны, хоровода снежинок, жемужных звезд, аромата цветов...

Пусть в ваших домах царят мир и согласие, дети радуют вас, родители будут здоровы, а друзья верны, сердца полны любви и сострадания к людям, а души никогда не знают одиночества.

*Объединенная редакция
«Здравоохранение»*



МЦФЭР
МЕДИЦИНА

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

Содержание

КОРОТКО

- 4 СОБЫТИЯ
- 10 НОРМАТИВНАЯ БАЗА

ИНТЕРВЬЮ НОМЕРА

«Когда система ОМС платит только за реальные результаты, становятся востребованными компетенции, связанные с экономическими расчетами и планированием»

- 20 *Интервью с доктором экономических наук, профессором, заведующим кафедрой Управления и экономики здравоохранения НИУ ВШЭ С.В. Шишкиным*

РАБОЧАЯ СИТУАЦИЯ

ПРОГРАММА ГОСГАРАНТИЙ

М.В. Пирогов

- 28 Как учесть региональные особенности при реализации программы государственных гарантий и «дорожной карты»?

ГОСЗАКУПКИ ЛПУ

Е.В. Скорикова

- 38 Наименование места происхождения товара: подходы к определению правовой категории при проведении электронного аукциона

РЕСУРСНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЛПУ

В.К. Беляков

- 46 Электронное рабочее место врача как интеграционная платформа и универсальный пользовательский интерфейс

УПРАВЛЕНЧЕСКИЙ УЧЕТ В ЛПУ

Н.Г. Шамшурина

- 52 Экономический анализ эффективности деятельности городской клинической больницы

КАДРОВОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ

В.И. Шевский, И.М. Шейман

- 62 Методологические подходы к перспективной оценке потребности населения в медицинских кадрах

КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

КОНТРОЛЬ И ЭКСПЕРТИЗА

А.Д. Рыжаков, А.В. Березников, Н.Ю. Онойко, С.О. Шкитин

- 72 Экспертная деятельность в обязательном медицинском страховании: мифы и реальность

БЕЗОПАСНОСТЬ

Е.Ю. Лудупова, М.А. Денисова

- 78 Обеспечение безопасности медицинской помощи в многопрофильном стационаре через внедрение системы менеджмента качества

МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

Е.А. Ракина, О.Ю. Реброва

- 86 Оценка технологий здравоохранения на местном уровне

ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ РАБОТНИКОВ ЛПУ

А.П. Столбов

- 94 Особенности работы с персональными данными в медицинской организации при использовании сети Интернет

ТРУДОВЫЕ ОТНОШЕНИЯ В ЛПУ

М.А. Жильцов

- 104 Исполнение решения суда о восстановлении на работе

НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

- 110 Федеральный Закон от 01.12.2014 № 418-ФЗ
«О внесении изменений в Федеральный закон “Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации” и отдельные законодательные акты Российской Федерации»
- 115 Приказ Федерального Фонда обязательного медицинского страхования
от 18.11.2014 № 200
«Об установлении требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»
- 123 <Письмо> Минздрава России от 20.11.2014 № 25-4/10/2-8738
<По вопросу совершенствования доступности оказания обезболивающей терапии>
- 126 <Письмо> Росздравнадзора от 30.10.2014 № 01и-1714/14
О порядке предоставления дополнительных документов

Типовые отраслевые нормы времени посещения пациентом врача

Минздравом России был разработан проект приказа, утверждающий типовые отраслевые нормы времени на выполнение работ, связанных с посещением пациентом педиатра, терапевта, врача общей практики (семейного врача), невролога, оториноларинголога, офтальмолога и акушера-гинеколога.

Следует отметить, что типовые отраслевые нормы, адресованы организаторам здравоохранения, а не работникам практического здравоохранения. Практикующий врач должен принимать пациента ровно столько, сколько необходимо с учетом состояния его здоровья.

Действующие в настоящее время нормы основательно не пересматривались уже более 30 лет. Вместе с тем за это время в системе организации оказания медицинской помощи произошли существенные изменения: активно внедрялись принципы доказательной медицины, стандартизации, современные технологии.

В прошлом году были проведены фотохронометражные исследования в 17 субъектах РФ. Итоги исследований были положены в основу проекта приказа.

Так рекомендованное время приема пациента в РФ в среднем находится в пределах времени, рекомендованного во многих других странах мира.

Отметим, что первая версия подготовленного проекта приказа содержала указание на «чистое» время общения с пациентом – 9–10 минут (без учета времени на заполнение медицинских документов).

Вместе с тем эти нормы носят научно обоснованный характер и не могут быть скорректированы лишь на основании усмотрения. Предлагая расчетные типовые нормы, Министерство исходит из того, что «бумажная» нагрузка на врача должна быть существенно сокращена, чтобы освободить больше времени на непосредственное общение с пациентом.

Чтобы сократить время на заполнение документов врачом, Минздравом подготовлены предложения по упразднению части из них, замене электронными формами и передаче заполнения форм среднему медицинскому персоналу.

По материалам Гарант.ру

В Госдуму внесен законопроект об апробации ранее не использованных методов лечения

Правительство РФ внесло в Госдуму законопроект, посвященный клинической апробации, то есть испытанию ранее не использовавшихся в России методов профилактики заболеваний, диагностики, лечения и реабилитации.

Понятие клинической апробации предлагается ввести в Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Законопроект вводит в закон специальную статью, посвященную апробации. В ней говорится, что такое лечение, диагностику, профилактику и реабилитацию можно проводить с разрешения специального этического комитета и экспертного совета. Совершеннолетний дееспособный пациент должен будет сам дать согласие на испытание, а за несовершеннолетнего или недееспособного согласие даст один из родителей или законных представителей. Перечень медицинских организаций, имеющих право проводить апробацию, установит Правительство РФ.

Апробация может проводиться с участием беременных женщин, молодых матерей, детей, военнослужащих-контрактников и лиц, страдающих психическими заболеваниями. При этом используемые методы и лекарства должны быть предназначены строго для лечения соответственно осложнений беременности, детских заболеваний, военных травм и психических расстройств. В случае с женщинами и детьми обязательно должны предприниматься все меры для их безопасности. Согласно законопроекту проводить клиническую апробацию на заключенных будет запрещено.

В Правительстве РФ поясняют, что данный законопроект позволит создать систему апробации новых методов лечения, а также обеспечить внедрение этих методов в широкую практику.

По материалам Гарант.ру

В Мосгордуме обсудили работу центра занятости медработников

Начальник управления государственной службы и кадров города Москвы А.Б. Александрова сообщила, что в настоящий момент центром «Содействие», созданного для трудоустройства медицинских работников города Москвы в связи с оптимизацией работы лечебных учреждений города, накоплено более 18 000 вакансий медработников, которые требуются в московских учреждениях здравоохранения, в частном секторе, в различных ведомствах и регионах России. Ежедневно центр посещают от 50–70 медработников, где им предлагается ознакомление с вакансиями, запись на переобучение с гарантированным трудоустройством, юридические консультации, тренинги по составлению резюме и собеседованию с работодателем. На сегодняшний момент более тысячи человек прошли через центр на переобучение. Количество вакансий в разы превышает количество медработников, которым понадобится трудоустройство.

Со слов представителя департамента здравоохранения, важнейшим является вопрос повышения квалификации участковых терапевтов и переобучение части из них на врачей общей практики, кроме того, дефицитными специальностями являются анестезиологи-реаниматологи, рентгенологи.

Председатель комиссии по здравоохранению и охране общественного здоровья Л. Стебенкова отметила: «Работа центра «Содействие» – это очень грамотное решение правительства Москвы в связи с проведением оптимизации в системе здравоохранения. Следует отметить хорошую организацию его работы, и заслуживают внимания выезды центра «Содействия» в лечебные учреждения города для решения вопросов дальнейшего трудоустройства и переобучения прямо на месте».

Она также отметила важность информирования работы центра «Содействие» среди медиков города, что позволит в результате проводимой реорганизации укомплектовать учреждения города высококвалифицированными кадрами для оказания качественной медицинской помощи москвичам.

По материалам www.med-info.ru

Правительство отчиталось о работе по созданию аналогов импортных лекарств

Российское Правительство сообщило о ходе выполнения поручения Президента, согласно которому в стране должны быть созданы благоприятные условия для отечественных производителей лекарственных препаратов.

За последние годы приняты документы, направленные на увеличение доли отечественной фармацевтической продукции до 50% в денежном выражении и до 90% по номенклатуре перечня ЖНВЛП и списка стратегически значимых препаратов.

Отмечается, что в России организуется производство аналогов лекарств из перечня ЖНВЛП, которые не производятся отечественными компаниями и защищены патентами иностранных организаций.

К настоящему времени разработаны технологии производства фармацевтических субстанций десяти препаратов. На их разработку в 2011–2014 гг. из федерального бюджета потратили 984 млн руб. Почти 1,9 млрд руб. было привлечено из внебюджетных источников.

К 2016 г. планируется разработать технологии производства фармацевтических субстанций еще 12 препаратов. Объем финансирования из бюджета, как предполагается, составит 1,34 млрд руб. Из внебюджетных источников планируется привлечь 3,1 млрд руб.

Обсуждение импортозамещения на российском фармацевтическом рынке активизировалось на фоне девальвации рубля. На фоне роста курсов доллара и евро в связи с большой долей импорта подорожание лекарств, как ожидается, существенно ускорится. В Минздраве выразили готовность регулировать ценообразование на препараты из списка ЖНВЛП в ручном режиме.

По материалам www.medportal.ru

Минздрав России – о перечне противопоказаний к управлению транспортным средством

Минздрав уточняет некоторые моменты применения постановления Правительства РФ «О перечнях медицинских противопоказаний, медицинских показаний и медицинских ограничений к управлению транспортным средством».

Как следует из указанного постановления Правительства РФ, само по себе наличие психического расстройства или расстройства поведения не является противопоказанием к управлению транспортным средством. Исключение составляет лишь наличие хронических и затяжных психических расстройств с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями. Доля пациентов с такими проявлениями психических расстройств в общих контингентах лиц, страдающих психическими расстройствами, невелика и зависит от конкретно-го заболевания.

Наличие таких расстройств, как медицинские противопоказания к управлению транспортным средством, предусматривается российским законодательством, и в этой части указанное постановление Правительства РФ не вносит изменений как в существующий перечень противопоказаний к управлению транспортным средством, так и в порядок определения наличия этих противопоказаний.

Степень выраженности психических расстройств у данной категории пациентов, и необходимость применения психотропных лекарственных препаратов, существенным образом меняющих психические реакции, делают невозможным управление транспортным средством как источником повышенной опасности.

Такой подход является гибким и позволяет людям с психическими расстройствами, течение которых не носит хронического и затяжного характера с тяжелыми стойкими болезненными проявлениями, в возможно большей степени участвовать в жизни общества.

По материалам www.remedium.ru

Страны СНГ договорились о неотложной помощи диабетикам без взаимных компенсаций затрат

Больные сахарным диабетом смогут получить неотложную помощь безвозмездно во всех странах СНГ. Об этом говорится в Соглашении о сотрудничестве государств – участников СНГ в борьбе с ростом заболеваемости сахарным диабетом. Российское Правительство одобрило разработанное Межпарламентской Ассамблеей Соглашение и внесло его на ратификацию в Госдуму. Страны СНГ будут оказывать неотложную помощь диабетикам без взаимных компенсаций затрат.

Как уточняется, для целей Соглашения под термином «неотложная медицинская помощь» Россия понимает экстренную медпомощь, оказываемую при представляющих угрозу жизни пациента обострениях хронических заболеваний, внезапных острых заболеваниях и состояниях. А также скорую, в том числе специализированную, помощь, оказываемую без явных признаков угрозы жизни пациента.

Кроме того, страны Содружества обязуются «принимать меры по совершенствованию национальных законодательств по проблеме сахарного диабета с учетом соглашений и решений в области здравоохранения, принятых в рамках СНГ». А также сотрудничать при разработке и внедрении новых методов лечения диабета и его осложнений, долгосрочных национальных программ по профилактике, раннему выявлению и предупреждению осложнений болезни, социальной и медицинской реабилитации пациентов. Планируется также проведение межгосударственных тематических выставок, конференций, семинаров и другие формы сотрудничества.

По материалам www.medportal.ru

Ограничения на допуск к госзакупкам импортных лекарств и медизделий

Правительство РФ утвердило План первоочередных мероприятий по обеспечению устойчивого развития экономики и социальной стабильности в 2015 г.

В частности, для обеспечения социальной стабильности в сфере здравоохранения предусмотрены следующие меры:

- внести в законодательство РФ об обращении лекарственных средств изменения, предусматривающие возможность разовой индексации цен нижнего и среднего стоимостного сегмента лекарственных препаратов, входящих в перечень ЖНВЛП, а также создать правовые основания для регистрации государственных цен на медицинские изделия, имплантируемые в организм человека;
- обеспечить улучшение лекарственного обеспечения граждан, в том числе имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг, а также компенсация расходов, связанных с изменением валютного курса при приобретении импортных лекарственных средств, медицинских изделий и расходных материалов, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, в том числе закупаемых в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. На эти цели направляется 16 млрд руб.;
- обеспечить введение ограничений на допуск товаров, происходящих из иностранных государств, при наличии двух и более заявок на поставку товара российского производства (в сфере лекарственных средств) и на допуск отдельных видов медицинских изделий, происходящих из иностранных государств, при осуществлении закупок для обеспечения государственных и муниципальных нужд.

По материалам www.pharmvestnik.ru

Уральские эксперты против вывода аборт из системы ОМС

В Свердловской и Челябинской областях не поддерживают инициативу о выводе абортов из системы обязательного медицинского страхования. Эксперты опасаются роста материнской смертности и того, что в результате такого шага усугубится социальное неравенство.

Отметим, с инициативой отменить бесплатные аборты выступил Патриарх Московский и всея Руси Кирилл. В числе первых отреагировавших на это предложение регионов оказалась Челябинская область. На пресс-конференции заместитель регионального министра здравоохранения В. Сахарова высказалась решительно против данной инициативы. По ее словам, эта мера приведет к увеличению количества подпольных операций и к росту смертности среди женщин. Она отметила, что нужно не запрещать аборты, а стимулировать рождаемость. С ней согласен и свердловский эксперт, руководитель региональной общественной организации по защите прав потребителей медицинских услуг «Здравоохранение» М. Стародубцев. По его заявлению, выведение абортов из системы ОМС вызовет расслоение населения по имущественному признаку в праве доступа к медпомощи, потому что кто-то может заплатить за аборт в коммерческой клинике, а кто-то нет.

Он также подчеркнул, что запреты – это самое простое решение. В этой ситуации целесообразно было бы обратить внимание на воспитание, заботу о семье и браке, поддержку института семьи.

Отметим, в регионах Урала действуют центры, одной из задач которых является профилактика абортов. Один из них уже больше 10 лет работает в Екатеринбурге на базе Отдела социального служения Екатеринбургской епархии.

По материалам www.medportal.ru

В Москве онкобольные при переводе из стационаров и хосписов в поликлиники будут получать болеутоляющие

Департамент здравоохранения Москвы издал приказ о совершенствовании оказания паллиативной медицинской помощи онкологическим больным.

Документ утверждает Положение об обеспечении онкологических больных наркотическими средствами и психотропными веществами при оказании паллиативной помощи и прикрепляет столичные хосписы к аптечным организациям, сообщает пресс-служба департамента.

В частности, стационарам и хосписам предоставляется возможность при переводе пациента в учреждения амбулаторно-поликлинического звена выписывать необходимые болеутоляющие лекарственные препараты на срок до пяти дней. При этом руководителям московских стационаров предписывается направлять в учреждения «первичного звена» информацию о паллиативных пациентах за сутки до их предполагаемой выписки.

Таким образом, реализуется принцип преемственности в лечении больного при переводе его на обслуживание в амбулаторно-поликлиническое звено.

«Понятие “выписка” для этой категории больных должно быть забыто, никакой выписки в никуда – только перевод», – подчеркнул позицию департамента здравоохранения города Москвы его руководитель А. Хрипун.

Кроме того, врач выездной патронажной службы хосписа наделяется правом изменения наименования и увеличения дозы наркотического средства или психотропного вещества и выписки соответствующего рецепта. Представители хосписов получают возможность предоставлять письменные рекомендации для терапевтов поликлиник относительно обезболивания онкологических пациентов.

Приказ предусматривает организацию комплекса образовательных мероприятий, направленных на повышение специальных знаний среди участковых врачей.

По материалам www.medvestnik.ru

Преподаватели мед и фармвузов смогут лечить пациентов в рабочее время

Министерство здравоохранения РФ вынесло на общественное обсуждение поправки в Закон об образовании и в Закон об основах охраны здоровья, разрешающие преподавателям медицинских и фармацевтических вузов заниматься лечебной деятельностью в клиниках в рабочее время, не оформляя совместительство. Документ открывает дополнительные возможности перед преподавателями лечебных специальностей, однако фармацевтическим факультетам и вузам пользы от него будет немного, считают эксперты.

Будущий закон разрешает преподавателям медицинских и фармацевтических вузов, а также научным работникам научных организаций лечить пациентов медицинских учреждений не по совместительству, а на основании договора между вузом и медицинским учреждением. До сих пор в российском законодательстве отсутствовали нормы, позволяющие педагогам и научным работникам, обладающим необходимой квалификацией и опытом, заниматься лечением пациентов без оформления трудовых отношений с медицинскими организациями. Нововведение позволит включить работу по практической подготовке студентов в рабочее время преподавателей.

Необходимость принятия такого закона уже давно обсуждалась экспертами. До сих пор преподаватели медвузов были фактически оторваны от лечебного процесса, считает управляющий партнер группы компаний «Евромед», член Общественного совета Минздрава А. Абдин: «Сегодня педагоги, обладающие высоким уровнем профессиональной компетентности, преподающие в том числе и на клинической базе, формально не имеют права даже сделать запись в истории болезни пациента. Они не могут выразить свое мнение, собрать консилиум, провести дифференциальную диагностику».

По материалам www.pharmvestnik.ru

Объем финансирования программы госгарантий оказания бесплатной медицинской помощи в 2015 г. увеличился

Объем программы госгарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи на 2015 г. на 300 млрд руб. больше, чем в 2014 г. По словам пресс-секретаря Минздрава О. Салагая, общий объем доходов бюджета фонда ОМС также увеличивается на 392,2 млрд руб., или на 32%, по сравнению с прошлым годом.

По его словам, значительно увеличиваются подушевые нормативы финансирования базовой программы, которые составят в 2015 г. 8260,7 руб., что на 18,7% выше предыдущего года, в 2016 г. – 8727,2 руб. (рост на 5,6%), в 2017 г. – 9741,2 руб. (рост на 12%).

Пресс-секретарь Минздрава опроверг сообщение, что проект Стратегии развития здравоохранения на период с 2015 по 2030 г. предусматривает обязанности гражданина по софинансированию помощи, которая уже гарантирована государством.

«Это утверждение не соответствует действительности. Установленные в настоящее время государственные гарантии оказания медицинской помощи незыблемы и не будут снижены ни Стратегией, ни какими-то другими документами. Более того, государственные гарантии не только не снижаются, но и увеличиваются по целому ряду направлений, делая медицинскую помощь более доступной для населения», – отметил О. Салагай.

Он также рассказал, что число центров и отделений врачей общей практики, составляющих базовый уровень медицинской помощи с 2009 по 2013 г., увеличилось в 2,5 раза, создано более 8 тыс. выездных медицинских бригад, которые оснащены портативным диагностическим оборудованием.

О. Салагай напомнил, что с 2013 г. территориальные органы ОМС стали финансироваться на основе единого для всей страны подушевого норматива с учетом численности застрахованного населения и коэффициента дифференциации между регионами.

По материалам www.interfax.ru

В Мурманской области будут реорганизованы службы скорой помощи и медицины катастроф

В Мурманской области планируется провести реорганизацию служб скорой медицинской помощи и медицины катастроф. Планируется, что они войдут в новую организацию – «Областная станция скорой медицинской помощи».

В настоящий момент оказанием скорой помощи в Мурманской области занимаются три структуры: станция скорой помощи, которая расположена в Мурманске, автобаза Министерства здравоохранения и Центр медицины катастроф. Правительство рассматривает вопрос о создании новой медицинской организации – это будет областная станция скорой медицинской помощи, куда все эти три структуры войдут. В дальнейшем мы планируем организовать работу этой структуры на всей территории Мурманской области, – сказал министр здравоохранения Мурманской области В. Перетрухин.

Министр отметил, что создание организации не повлияет на условия труда сотрудников этих ведомств, и в зарплатах они не потеряют. Также не будет изменений в оказании экстренной медицинской помощи.

Создание областной станции скорой медицинской помощи подразумевает изменение финансирования служб, которые войдут в нее – большую часть расходов этой организации будет брать на себя фонд ОМС. Точное количество средств, которые будут выделены на это мероприятие, министр назвать не смог.

Вероятно, что в областную станцию скорой медицинской помощи войдет и служба СМП городской больницы. Ранее сообщалось, что передача городского имущества сферы здравоохранения в областное подчинение запланирована на 2016 г.

По материалам www.medvestnik.ru

**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН ОТ 31.12.2014 № 495-ФЗ
О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ОТДЕЛЬНЫЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ АКТЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Суть документа ➤ С 1 января 2015 г. предельный возраст тяжелобольных детей, при уходе за которыми родителям выплачивается пособие по временной нетрудоспособности, увеличивается с 15 до 18 лет. В числе таких заболеваний: ВИЧ-инфекция, поствакцинальные осложнения, злокачественные новообразования. Кроме того, данное положение распространяется также на случаи ухода за ребенком-инвалидом.

**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН ОТ 29.12.2014 № 474-ФЗ
ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ОТНОШЕНИЙ В СФЕРАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ И ОБРАЩЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ НА ТЕРРИТОРИЯХ РЕСПУБЛИКИ КРЫМ И ГОРОДА ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗНАЧЕНИЯ СЕВАСТОПОЛЯ**

Суть документа ➤ Обращение лекарственных средств на территории Крыма на основании документов, выданных до ее вхождения в состав РФ, допускается не позднее чем до 1 октября 2015 г. В соответствии с новым федеральным законом, устанавливающим особенности регулирования правоотношений в сферах охраны здоровья на Крымском полуострове, на территории Крыма и Севастополя обращение лекарственных средств и медицинских изделий, зарегистрированных в соответствии с законодательством, действовавшим до 18 марта 2014 г., осуществляется без какого-либо подтверждения государственными органами РФ в течение срока действия регистрационных документов, но не позднее чем до 1 октября 2015 г. Установлено также, что к медицинской и фармацевтической деятельности на Крымском полуострове допускаются лица, имеющие выданные до 18 марта 2014 г. сертификат специалиста или документ, подтверждающий присвоение квалификационной категории, по специальностям, которые имеют соответствие в российских номенклатурах, и проживавшие на указанную дату в Крыму или Севастополе. Кроме того, вышеуказанные документы, подтверждающие присвоение квалификационной категории, приравниваются к сертификатам специалиста, предусмотренным российским законодательством, и действуют на всей территории России до истечения указанного в них срока, а лица, имеющие такие документы, признаются в РФ специалистами, имеющими квалификационные категории медицинских работников и фармацевтических работников на срок их присвоения.

**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН ОТ 01.12.2014 № 400-ФЗ
О НОРМАТИВЕ ФИНАНСОВЫХ ЗАТРАТ В МЕСЯЦ НА ОДНОГО ГРАЖДАНИНА, ПОЛУЧАЮЩЕГО ГОСУДАРСТВЕННУЮ СОЦИАЛЬНУЮ ПОМОЩЬ В ВИДЕ СОЦИАЛЬНОЙ УСЛУГИ ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ, МЕДИЦИН-**

СКИМИ ИЗДЕЛИЯМИ, А ТАКЖЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫМИ ПРОДУКТАМИ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ, НА 2015 ГОД

Суть документа » На 2015 г. увеличен норматив затрат на обеспечение лекарствами и лечебным питанием в рамках государственной социальной помощи.

В 2015 г. норматив финансовых затрат в месяц на одного гражданина, получающего государственную социальную помощь, в виде социальной услуги по обеспечению в соответствии со стандартами медицинской помощи по рецептам на лекарственный препарат, выданным врачом (фельдшером), лекарственными препаратами для медицинского применения, медицинскими изделиями, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов, составит 707 руб., в то время как в 2014 г. этот норматив составлял 671 руб.

**ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ ОТ 05.01.2015 № 6
О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ПРАВИЛА ПРОДАЖИ ОТДЕЛЬНЫХ ВИДОВ ТОВАРОВ**

Суть документа » Правила продажи медицинских изделий приравнены к продаже лекарственных препаратов.

В соответствии с изменениями, которые внесены в Правила продажи отдельных видов товаров, утвержденных постановлением Правительства РФ от 19.01.1998 № 55, не допускается продажа медицинских изделий при нахождении покупателя вне стационарных мест торговли – на дому, по месту работы или учебы, на транспорте, на улице или в других местах.

Кроме того, продажа медицинских изделий (а не только лекарственных препаратов) должна производиться только на основании предъявляемых рецептов или в соответствии с инструкцией по применению.

Также постановлением вносятся правки редакционного характера в связи с изменением термина «изделия медицинского назначения» на «медицинские изделия».

**ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ ОТ 30.12.2014 № 1607
«О ЕЖЕМЕСЯЧНЫХ ДЕНЕЖНЫХ ВЫПЛАТАХ ПО ОПЛАТЕ ЖИЛОГО ПОМЕЩЕНИЯ И КОММУНАЛЬНЫХ УСЛУГ МЕДИЦИНСКИМ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИМ РАБОТНИКАМ, ПРОЖИВАЮЩИМ И РАБОТАЮЩИМ В СЕЛЬСКИХ НАСЕЛЕННЫХ ПУНКТАХ, РАБОЧИХ ПОСЕЛКАХ (ПОСЕЛКАХ ГОРОДСКОГО ТИПА), ЗАНЯТЫМ НА ДОЛЖНОСТЯХ В ФЕДЕРАЛЬНЫХ ГОСУДАРСТВЕННЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ»**

Суть документа » Установлено, что с 1 января 2015 г. медицинским и фармацевтическим работникам, проживающим и работающим по трудовому договору в сельских населенных пунктах, рабочих поселках (поселках городского типа), состоящим в штате по основному месту работы в федеральных государственных учреждениях, производятся ежемесячные денежные выплаты по оплате жилого помещения и коммунальных услуг в размере 1200 руб.

**ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ ОТ 29.12.2014 № 1604
О ПЕРЕЧНЯХ МЕДИЦИНСКИХ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ, МЕДИЦИНСКИХ ПОКАЗАНИЙ И МЕДИЦИНСКИХ ОГРАНИЧЕНИЙ К УПРАВЛЕНИЮ ТРАНСПОРТНЫМ СРЕДСТВОМ**

Суть документа ➤ Утверждены перечни медицинских противопоказаний, показаний и ограничений к управлению транспортным средством. В перечень медицинских противопоказаний включены такие заболевания и расстройства, как:

- умственная отсталость;
- расстройства настроения (аффективные расстройства);
- эпилепсия.

Медицинские показания устанавливаются дифференцированно для управления транспортными средствами с ручным управлением (например, деформация стопы, значительно затрудняющая ее движение), с автоматической трансмиссией (в частности, отсутствие верхней или нижней конечности, кисти или стопы), транспортных средств, оборудованных акустической парковочной системой (слепота одного глаза), и при использовании водителем медицинских изделий для коррекции зрения (аномалии рефракции, снижающие остроту зрения ниже разрешенной, при условии повышения остроты зрения в очках или контактных линзах до разрешенного уровня).

Медицинские ограничения к управлению транспортными средствами установлены в зависимости от категории и типа транспортных средств.

**ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ ОТ 29.12.2014 № 1602
О ПОРЯДКЕ АТТЕСТАЦИИ ЭКСПЕРТОВ НА ПРАВО ПРОВЕДЕНИЯ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ЭКСПЕРТИЗ, РАССЛЕДОВАНИЙ, ОБСЛЕДОВАНИЙ, ИССЛЕДОВАНИЙ, ИСПЫТАНИЙ И ИНЫХ ВИДОВ ОЦЕНОК СОБЛЮДЕНИЯ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ И ГИГИЕНИЧЕСКИХ ТРЕБОВАНИЙ**

Суть документа ➤ Утверждены правила аттестации экспертов, не являющихся ИП, проводящих оценку соблюдения санитарно-эпидемиологических и гигиенических требований.

В соответствии с действующим законодательством о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения установлено, что санитарно-эпидемиологические экспертизы, расследования, обследования, исследования, испытания и иные виды оценок соблюдения санитарно-эпидемиологических и гигиенических требований могут проводиться в том числе гражданами, не являющимися индивидуальными предпринимателями при условии прохождения ими аттестации.

Указано, что аттестация осуществляется на основании критериев, установленных Роспотребнадзором. Этим же ведомством проводится аттестация и ведется реестр аттестованных экспертов. Реестр подлежит размещению на официальном сайте Роспотребнадзора в сети Интернет.

Установлено, что предусматривает собой аттестация гражданина, какие документы ему необходимо представить в Роспотребнадзор, сроки проведения проверки соответствия заявителя критериям аттестации и проведения квалификационного экзамена.

Также содержатся требования к порядку проведения экзамена, порядок и сроки принятия решений аттестационной комиссией, основания принятия решения об аттестации или об отказе в аттестации заявителя.

Кроме того, установлены основания прекращения аттестации эксперта.

ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ ОТ 26.12.2014 № 1540

ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ОРГАНИЗАЦИИ И ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, В ТОМ ЧИСЛЕ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ВИДОВ И ОБЪЕМОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ПРЕДУСМОТРЕННЫХ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВОМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, НАСЕЛЕНИЮ ЗАКРЫТЫХ АДМИНИСТРАТИВНО-ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ, ТЕРРИТОРИЙ С ОПАСНЫМИ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА ФИЗИЧЕСКИМИ, ХИМИЧЕСКИМИ И БИОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ, ВКЛЮЧЕННЫХ В СООТВЕТСТВУЮЩИЙ ПЕРЕЧЕНЬ, РАБОТНИКАМ ОРГАНИЗАЦИЙ, ВКЛЮЧЕННЫХ В ПЕРЕЧЕНЬ ОРГАНИЗАЦИЙ ОТДЕЛЬНЫХ ОТРАСЛЕЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ С ОСОБО ОПАСНЫМИ УСЛОВИЯМИ ТРУДА

Суть документа » Населению закрытых административно-территориальных образований, территорий с опасными для здоровья человека физическими, химическими и биологическими факторами, включенных в соответствующий перечень, а также работникам организаций, включенных в перечень организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда, медицинскими организациями, подведомственными ФМБА за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, предусмотренных Агентству, обеспечиваются:

- медицинская помощь гражданам, проживающим и работающим в зонах защитных мероприятий, персоналу объектов по хранению и уничтожению химического оружия и работникам, привлекаемым к проведению работ по хранению, перевозке и уничтожению химического оружия, а также проведение мероприятий по мониторингу здоровья указанных лиц;
- медицинская помощь, оказываемая при заболеваниях, передаваемых половым путем, туберкулезе, ВИЧ-инфекции и синдроме приобретенного иммунодефицита, психических расстройствах и расстройствах поведения;
- скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь, не входящая в базовую программу обязательного медицинского страхования;
- паллиативная медицинская помощь, санаторно-курортное лечение;

- организация и проведение медицинских экспертиз;
- проведение медико-санитарных мероприятий по предупреждению, выявлению причин, локализации и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций, радиационных, химических и биологических аварий и инцидентов, распространения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений).

Признано утратившим силу постановление Правительства РФ от 02.08.2012 № 789.

РАСПОРЯЖЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ ОТ 30.12.2014 № 2782-Р

<ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПЕРЕЧНЯ ЖИЗНЕННО НЕОБХОДИМЫХ И ВАЖНЕЙШИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НА 2015 Г., А ТАКЖЕ ПЕРЕЧНЕЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ МЕДИЦИНСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ И МИНИМАЛЬНОГО АССОРТИМЕНТА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ, НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ>

Суть документа » Правительством РФ утвержден перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения на 2015 г.

Кроме того, утверждены:

- перечень лекарственных препаратов для медицинского применения, в том числе лекарственных препаратов для медицинского применения, назначаемых по решению врачебных комиссий медицинских организаций;
- перечень лекарственных препаратов, предназначенных для обеспечения лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, лиц после трансплантации органов и (или) тканей;
- минимальный ассортимент лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи.

Установлено, что до 1 марта 2015 г. применяется перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов на 2012 г., утвержденный распоряжением Правительства РФ от 7 декабря 2011 г. № 2199-р.

РАСПОРЯЖЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ ОТ 29.12.2014 № 2762-Р

<ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПЕРЕЧНЯ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ, ИМПЛАНТИРУЕМЫХ В ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОГО ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, А ТАКЖЕ ПЕРЕЧНЯ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ, ОТПУСКАЕМЫХ ПО РЕЦЕПТАМ НА МЕДИЦИНСКИЕ ИЗДЕЛИЯ ПРИ ПРЕДОСТАВЛЕНИИ НАБОРА СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ>

Суть документа » С 1 января 2015 г. вступает в силу перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гаран-

тий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также перечень медицинских изделий, отпускаемых по рецептам на медицинские изделия при предоставлении набора социальных услуг.

ПРИКАЗ МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 30.12.2014 № 962

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ БАЗОВОГО (ОТРАСЛЕВОГО) ПЕРЕЧНЯ ГОСУДАРСТВЕННЫХ УСЛУГ (РАБОТ), ОКАЗЫВАЕМЫХ (ВЫПОЛНЯЕМЫХ) ФЕДЕРАЛЬНЫМИ ГОСУДАРСТВЕННЫМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ОБРАЩЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ (ПРЕПАРАТОВ) ДЛЯ МЕДИЦИНСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ И САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ

Суть документа » Базовый (отраслевой) перечень утвержден для целей формирования ведомственных перечней государственных услуг (работ), оказываемых (выполняемых) находящимися в ведении федеральных органов исполнительной власти (государственных органов) федеральными государственными учреждениями в качестве основных видов деятельности, и формирования государственного задания в отношении федеральных государственных учреждений.

Признан утратившим силу приказ Минздрава России от 29.12.2012 № 1762.

ПРИКАЗ МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 29.12.2014 № 930Н

«ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ С ПРИМЕНЕНИЕМ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ»

Суть документа » Установлены правила организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы в медицинских организациях, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, а также порядок направления на оказание высокотехнологичной медицинской помощи.

Признан утратившим силу приказ Минздравсоцразвития России от 28.12.2011 № 1689н «Об утверждении порядка направления граждан Российской Федерации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации, с применением специализированной информационной системы». Приказ вступил в силу с 1 января 2015 г.

ПРИКАЗ МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 26.12.2014 № 910Н

ОБ УСТАНОВЛЕНИИ ПОРЯДКА И ФОРМЫ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ОТЧЕТНОСТИ О РЕАЛИЗАЦИИ РЕГИОНАЛЬНЫХ ПРОГРАММ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КРЫМ И Г. СЕВАСТОПОЛЯ

Суть документа » Установлены правила составления и предоставления отчета о реализации региональных программ модернизации здравоохранения.

ранения Республики Крым и г. Севастополя в 2014 г., форма которого предусмотрена приложением № 2 к приказу. Отчет предоставляется уполномоченными органами исполнительной власти Республики Крым и г. Севастополя в Министерство здравоохранения Российской Федерации на основании сведений, предоставленных государственными и муниципальными организациями здравоохранения, участвующими в реализации мероприятий региональных программ модернизации здравоохранения Республики Крым и г. Севастополя, в электронном виде и на бумажном носителе (в целом по субъекту Российской Федерации) ежеквартально (нарастающим итогом) до 15 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

**ПРИКАЗ МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 28.11.2014 № 787Н
ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ ОБЩИЕ КРИТЕРИИ
ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ УСЛУГ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ**

Суть документа ➤ Установлены показатели, характеризующие общие критерии оценки качества оказания услуг медицинскими организациями в амбулаторных и в стационарных условиях. Показатели характеризуют: открытость и доступность информации о медицинской организации; комфортность условий предоставления медицинских услуг и доступность их получения; время ожидания предоставления медицинской услуги; доброжелательность, вежливость и компетентность работников медицинской организации; удовлетворенность оказанными услугами в медицинской организации.

**ПРИКАЗ МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 06.10.2014 № 581Н
О ПОРЯДКЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ
ОБУЧАЮЩИХСЯ В ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ, А ТАКЖЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ
ОРГАНИЗАЦИЯХ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ В ЦЕЛЯХ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ НЕЗАКОННОГО
ПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ И ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ**

Суть документа ➤ Утверждены правила проведения ежегодных медосмотров школьников и студентов в целях раннего выявления употребления ими наркотиков. Такие профилактические медосмотры проводятся в отношении обучающихся, достигших возраста 13 лет, врачом психиатром-наркологом на основании поименных списков обучающихся, утверждаемых руководителем образовательной организации. Для проведения медосмотра требуется информированное добровольное согласие в письменной форме обучающегося, достигшего возраста 15 лет, либо одного из родителей обучающегося, не достигшего возраста 15 лет. Данные лица вправе отказаться от проведения медосмотра.

Медосмотры проводятся медицинскими организациями, имеющими лицензии на осуществление деятельности по «психиатрии-наркологии» и «лабораторной диагностике», списки которых составляются региональными органами в сфере здравоохранения. Сведения о результатах медосмотра вносятся психиатром-наркологом в медицинскую документацию обучающегося.

**ПРИКАЗ МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 25.09.2014 № 557Н
О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЯ В ПРИЛОЖЕНИЕ № 1 К ПРИКАЗУ МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 6 ИЮНЯ 2012 Г. № 4Н «ОБ УТ-
ВЕРЖДЕНИИ НОМЕНКЛАТУРНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ»**

Суть документа » Изложена в новой редакции номенклатурная классификация медицинских изделий.
Установлено, что номенклатурная классификация в новой редакции применяется в отношении медицинских изделий, заявление о государственной регистрации которых, либо заявление о внесении изменений в регистрационное удостоверение на медицинское изделие, представлены заявителем в Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения после вступления в силу настоящего приказа.

**ПРИКАЗ ФМБА РОССИИ ОТ 25.12.2014 № 365
ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ОБРАЗЦОВ ФОРМЕННОЙ ОДЕЖДЫ, ЗНАКОВ РАЗЛИЧИЯ И ПО-
РЯДКА НОШЕНИЯ ФОРМЕННОЙ ОДЕЖДЫ ФЕДЕРАЛЬНЫХ ГОСУДАРСТВЕННЫХ
ГРАЖДАНСКИХ СЛУЖАЩИХ ФЕДЕРАЛЬНОГО МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОГО АГЕНТ-
СТВА И ЕГО ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ОРГАНОВ, РАБОТНИКОВ ПОДВЕДОМСТВЕННЫХ
ФЕДЕРАЛЬНОМУ МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОМУ АГЕНТСТВУ ОРГАНИЗАЦИЙ**

Суть документа » Установлены образцы форменной одежды федеральных государственных гражданских служащих Федерального медико-биологического агентства и территориальных органов ФМБА России и специальной (медицинской) формы одежды работников выездных медицинских бригад организаций, подведомственных ФМБА России, а также порядок ношения форменной одежды федеральными государственными гражданскими служащими ФМБА и его территориальных органов, работниками подведомственных ФМБА организаций.

**ПИСЬМО ФФОМС ОТ 18.12.2014 № 6538/21-3/И
<О ДОПОЛНЕНИИ К МЕТОДИЧЕСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ ПО СПОСОБАМ ОПЛА-
ТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИН-
СКОГО СТРАХОВАНИЯ, НАПРАВЛЕННЫМ ПИСЬМОМ МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ
15.12.2014 № 11.9/10/2-9454>**

Суть документа » В дополнение к Методическим рекомендациям по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования направлена инструкция по группировке случаев, в том числе правила учета дополнительных классификационных критериев.

Инструкция содержит описание алгоритмов формирования различных клинико-статистических групп, в том числе с учетом дополнительных критериев группировки. Данные алгоритмы применимы при разработке программного обеспечения, осуществляющего формирование клинико-статистических групп и последующий расчет финансирования медицинских организаций.

В качестве основных критериев группировки используются код диагноза в соответствии со справочником «Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра» и код хирургической операции и/или другой применяемой медицинской технологии в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Минздрава России от 27.12.2011 № 1664н.

**«СОГЛАШЕНИЕ О ЕДИНЫХ ПРИНЦИПАХ И ПРАВИЛАХ ОБРАЩЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ (ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ) В РАМКАХ ЕВРАЗИЙСКОГО ЭКОНОМИЧЕСКОГО СОЮЗА»
(ЗАКЛЮЧЕНО В Г. МОСКВЕ 23.12.2014)**

- Суть документа » Страны – члены Евразийского экономического союза (ЕАЭС) заключили соглашение о создании единого рынка медицинских изделий.
- В соответствии с соглашением, государства-члены проводят скоординированную политику в сфере обращения медицинских изделий посредством:
- принятия мер, необходимых для гармонизации законодательства государств-членов в сфере обращения медицинских изделий;
 - установления общих требований безопасности и эффективности медицинских изделий в рамках ЕАЭС;
 - установления единых правил обращения медицинских изделий в соответствии с рекомендациями Международного форума регуляторов медицинских изделий (IMDRF);
 - определения единых подходов к созданию системы обеспечения качества медицинских изделий;
 - гармонизации номенклатуры медицинских изделий, используемой в государствах-членах, с Глобальной номенклатурой медицинских изделий (Global Medical Device Nomenclature);
 - гармонизации законодательства государств-членов в области контроля (надзора) в сфере обращения медицинских изделий.
- Положения соглашения касаются в том числе производства и маркировки медицинских изделий, их регистрации и выпуска в обращение в рамках ЕАЭС, а также контроля за их обращением и мониторинга их безопасности, качества и эффективности. Соглашение вступает в силу с даты получения последнего письменного уведомления о выполнении государствами-членами

внутригосударственных процедур, необходимых для его вступления в силу, но не ранее 1 января 2016 г.

Документы о государственной регистрации медицинских изделий, выданные до вступления соглашения в силу, действуют на территории государства-члена до окончания срока их действия, но не позднее 31 декабря 2021 г.

**«СОГЛАШЕНИЕ О ЕДИНЫХ ПРИНЦИПАХ И ПРАВИЛАХ ОБРАЩЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В РАМКАХ ЕВРАЗИЙСКОГО ЭКОНОМИЧЕСКОГО СОЮЗА»
(ЗАКЛЮЧЕНО В Г. МОСКВЕ 23.12.2014)**

Суть документа » В рамках Евразийского экономического союза (ЕАЭС) заключено соглашение о создании единого рынка лекарственных средств.

В соответствии с Соглашением государства-члены проводят скоординированную политику в сфере обращения лекарственных средств посредством:

- принятия мер, необходимых для гармонизации и унификации законодательства государств-членов в сфере обращения лекарственных средств;
- принятия единых правил и требований регулирования обращения лекарственных средств;
- обеспечения единства обязательных требований к безопасности, эффективности и качеству лекарственных средств на территориях государств-членов и их соблюдения;
- обеспечения единых подходов к созданию системы обеспечения качества лекарственных средств;
- гармонизации законодательства государств-членов в области контроля (надзора) в сфере обращения лекарственных средств.

Положения Соглашения касаются в том числе производства и реализации лекарственных средств, их транспортировки, хранения, регистрации и экспертизы, а также единого реестра зарегистрированных лекарственных средств ЕАЭС.

Соглашение вступает в силу с даты получения последнего письменного уведомления о выполнении государствами-членами внутригосударственных процедур, необходимых для его вступления в силу, но не ранее 1 января 2016 г.

Лекарственные средства, зарегистрированные в государствах-членах до вступления Соглашения в силу, должны быть приведены в соответствие с требованиями и правилами Союза до 31 декабря 2025 г. согласно процедурам, установленным статьей 7 Соглашения.

Руководитель медицинской организации должен быть компетентен в вопросах экономического планирования



С.В. Шишкин,

д-р экон. наук, профессор, зав. кафедрой Управления и экономики здравоохранения НИУ ВШЭ, академический руководитель образовательной программы «Управление и экономика здравоохранения», член Ученого Совета ФГМУ ГУ ВШЭ, член Экспертного совета при Правительстве Российской Федерации

Уважаемый Сергей Владимирович, в январе в Москве прошел очередной Гайдаровский форум, на котором традиционно обсуждаются вопросы экономики и место России в мировой экономической системе. Почему три из пяти вопросов секции, посвященной здравоохранению, касались профессиональной подготовки главных врачей¹? Это главная проблема нашего здравоохранения?

Я могу высказать только предположение: на мой взгляд, главной проблемой здравоохранения сейчас является недостаточность знаний и компетенций. Необходимо повышать уровень квалификации медицинских работников: мы сделали значительные инвестиции в оснащение медицинских учреждений, и сейчас одно из самых «узких» мест – умение грамотно пользоваться этим оборудованием.

Поскольку Гайдаровский форум посвящен экономике, то логично было из общей проблемы выделить вопросы экономической подготовки управленцев. А ключевой управленец в здравоохранении – главный врач. Это фигура, на которой замыкается все: и установки, которые идут «сверху», и процессы оказания медицинской помощи и руководства людьми. Сейчас формируются новые профессиональные требования к работникам здравоохранения, учитывающие, что роль управленцев будет расти,

и это связано, прежде всего, с реформированием обязательного медицинского страхования.

Раньше главной задачей главного врача было грамотно обосновать необходимость получения субсидий из бюджета, средств на закупку и ремонт оборудования, содержание зданий, на лекарства и т. д. Это была экономика «советского» типа, когда средства просили. И хотя обязательное медицинское страхование функционирует с 90-х годов, бюджетная система, которая дополнительно финансировала учреждения здравоохранения, ориентировала руководителей на то, что если средств не хватает, то надо идти и просить дополнительные ресурсы.

Эти условия меняются. Уже в 2015 г. субсидировать текущую деятельность из бюджета нельзя – оплата в ОМС осуществляется по полному тарифу. Субсидии остаются только на развитие, на закупку оборудования и т. д. И в системе ОМС внедряются новые методы оплаты работы медицинских организаций: не просто за посещение или по профильному койко-дню, а за законченный случай лечения на основе клинико-статистических групп. Для амбулаторной помощи – подушевой норматив с вознаграждением за результативность.

Это требует от руководителей учреждений здравоохранения, главного врача и его заместителей по экономическим вопросам, проведения серьезных расчетов. Надо планировать объемы оказания помощи, сколько это будет стоить, насколько тариф возмещает затраты и т. д. Усиливается роль планирования объемов медицинской помощи и средств, которые поступают из системы ОМС.

В то же время, в условиях сокращения государственного финансирования – а оно станет фактом в 2015 г. – возрастает роль доходов от платных медицинских услуг. Главные врачи окажутся в очень непростой ситуации. С одной стороны, государство будет требовать, чтобы за деньги, которые оно предоставляет, медицинская помощь нашим гражданам оказывалась бесплатно. А с другой стороны, этих денег будет меньше, и необходимо наращивать платные услуги.

По прогнозам, которые делает Высшая школа экономики, 2015 г. будет очень тяжелым, если цена на нефть не превысит 50 долларов, то падение зарплаты и доходов населения в реальном выражении может составить 10–12%. Будет некоторое сокращение спроса на платные медицинские услуги – способность населения платить будет падать. Значит, нужно будет активно заниматься маркетингом, рассказывать о преимуществах инвестиций в свое здоровье в условиях кризиса и т. д. А это требует новых навыков – в сфере государственного здравоохранения мало кто обладает знаниями в области маркетинга и вообще уделяет этому внимание.

Но ведь Высшая школа экономики давно, еще с 2009 г., учит специалистов в области управления здравоохранением. Почему компетенции, которыми должен обладать главный врач, стали предметом дискуссии только в 2015 г.? Через 5 лет вспомнили, что нужно обсудить, чему учить?

В течение последних лет постоянно наращивались размеры финансирования системы здравоохранения, туда шли дополнительные ресурсы. Понятно, что в этих условиях было важнее умение правильно использовать новые ресурсы. А это больше организационные вопросы – то, чем наши главные врачи занимались всегда.

Но сейчас, когда система ОМС платит только за реальные результаты, больше становятся востребованными компетенции, связанные с экономическими расчетами и планированием. На первый план выходит вопрос «как заработать деньги», а не «как их потратить».

Получается, что главный врач как руководитель хозяйствующего субъекта должен уделять внимание той деятельности, которая обеспечит доход, и тому, как меньше терять из-за неоплат оказанных услуг и штрафных санкций. Но осенью 2014 г. на встрече с Президентом В.И. Скворцова говорила о необходимости «совершенствования вертикали управления отраслью» и ухода «от самостийности на местах»². Насколько главный врач свободен в своих действиях?

Действительно, существуют определенные проблемы с вертикалью управления и взаимоотношениями между Федеральным министерством и регионами, которые заставляют ставить вопрос об усилении централизации. Есть регионы, которые, действуя по собственной инициативе, принимают не самые рациональные решения по организации здравоохранения.

Правда, есть и другие, в которых в инициативном порядке проводились очень интересные реформы. Это Самарская, Свердловская, Тюменская области, Пермский край, Калужская область – всех не перечислю. И поэтому в продолжении того курса, который сейчас декларируется – на усиление централизации и унификации подходов в организации ОМС, – я вижу риск того, что полезные региональные инициативы могут не получить поддержки, что появятся новые барьеры.

Но это, если говорить о взаимоотношениях между регионами и Минздравом. Что же касается главных врачей, то не могу с Вами не согласиться, что ситуация действительно противоречивая.

С одной стороны, много зон неэффективности, средства можно было бы расходовать правильнее – на вмешательства, более эффективные с клинико-экономической точки зрения. Это требует определенной централизации, чтобы всех направить в ра-

циональное русло. С другой стороны, от главных врачей сейчас требуется способность находить дополнительные источники средств: платные медицинские и сервисные услуги, добровольное медицинское страхование и т. д. Найти разумный баланс сложно, наверное, маятник будет качаться то в одну, то в другую сторону.

По словам В.И. Скворцовой, государственные и негосударственные медицинские организации – сегменты единой национальной системы здравоохранения, которая должна работать по одним правилам³. Знает ли это, что все руководители должны иметь одинаковую подготовку, – ведь первым лицом частной организации часто является директор без медицинского образования? Тем более учитывая, что в 2014 г. был принят в первом чтении проект Закона № 537948–6⁴ об обязательности профессиональных стандартов только для государственных и муниципальных учреждений.

Прежде всего вспомним, что закон «Об основах охраны здоровья населения» не содержит таких слов, как «национальная система здравоохранения», но там есть требования к любым медицинским организациям – и государственным, и частным. Мне кажется, что на сегодняшний день этих требований вполне достаточно, и закон уже обеспечивает функционирование здравоохранения как единой системы. Поэтому надо посмотреть, какие предлагается ввести дополнительные механизмы регулирования, которые будут оправдывать новое название.

Если же говорить об усилении контроля качества медицинской помощи безотносительно к тому, какая это организация – государственная, ведомственная или частная, – то я только «за».

Он и сейчас осуществляется, но недостаточно результативно, в основном, по факту жалоб пациентов, которым уже оказана помощь, в надзорный орган или при подаче иска в суд. Система контроля могла бы быть более эффективной.

По вопросу о требованиях к квалификации руководителей в государственных и в частных учреждениях здравоохранения. Действительно, подготовлен проект изменений в Трудовой кодекс, предусматривающий, что профессиональные стандарты должны быть обязательными для исполнения в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения. Будет ли это означать в контексте создания национальной системы здравоохранения, что требования такого стандарта будут распространяться и на руководителей частных медицинских организаций? С моей точки зрения, такая попытка может быть предпринята, но, скорее всего, она будет оспорена и до закона дело не дойдет.

Медицинская деятельность лицензируется, при этом предъявляются определенные профессиональные требования к ме-

дработникам – исходя из того, что иначе может быть причинен вред пациенту. Что касается управленческой деятельности – допустим, что уровень образования руководителя частной медицинской организации отличается от стандарта. Наносит это вред пациентам? Если есть жесткий контроль качества медицинской помощи, то, конечно, нет.

А что, после утверждения стандарта специалиста в области организации здравоохранения, в государственных учреждениях смогут работать только те, кто соответствует всем его требованиям?

Что делать с остальными главными врачами – увольнять?

С моей точки зрения, профессиональный стандарт организатора здравоохранения, в отличие от стандарта врача-специалиста, должен использоваться для целей дополнительного образования. Наверное, будет правильно предъявить требование, что руководитель (или заместитель главного врача по экономике) должен в течение какого-то времени пройти обязательную дополнительную подготовку по экономике и управлению в здравоохранении или получить второе экономическое образование. Это будет справедливо.

Что же касается использования таких стандартов для аттестации или сертификации главных врачей, то я думаю, что здесь можно получить очень большие коррупционные риски. Все-таки требования к практическим навыкам управленцев достаточно расплывчатые. Вот какие дисциплины нужно изучить – это четко контролируется. А умение организовать оказание медицинской помощи? Любые расплывчатые критерии, если они становятся основой для принимаемых решений, – почва для коррупции.

С 2016 г. должна быть введена аккредитация медицинских работников, а главный врач – это медицинский работник. Исходя из того, что Вы сказали, надо ли аккредитовывать главных врачей?

На мой взгляд, нет, не нужно. Нужно заключать контракт на срок 3–5 лет, и записывать в него те показатели, выполнение которых главный врач обязан обеспечить. И при перезаключении контракта, можно тщательно и, желательно, публично обсудить результаты. А если чего-то не было достигнуто, то выяснять, что помешало, и потом принимать решение. Это будет гораздо эффективнее. И, конечно, обязательное требование – повышение квалификации: если не прошел, то перезаключать контракт нельзя.

На Гайдаровском форуме прозвучал один из тезисов о том, что проще научить экономиста медицине, чем медика научить экономике. Согласны ли Вы с этим? Министр говорит, что 2015 г. планируется под-

готовить 3 тыс. специалистов по экономическим вопросам – заместителей главного врача. Насколько в государственной медицинской организации вообще нужен такой заместитель, если в системе ОМС все жестко регламентировано, а организациям, участвующим в реализации программы госгарантий, Минздрав предлагает запретить оказание платных услуг⁵?

Что касается проекта стратегии развития здравоохранения, которую подготовил Минздрав, и где говорится о таком запрете, там, видимо, речь идет о следующем. Вместо оплаты через кассу медицинской организации пациенту будет предложено купить дополнительный страховой полис, который покроет все возможные платные услуги. И можно будет сказать, что у нас теперь нет платных медицинских услуг, у нас теперь дополнительное медицинское страхование.

Все это хорошо, но я боюсь, что желающих купить такой полис будет не очень много. ДМС охвачено не более 8% населения, и в основном это люди, застрахованные работодателями. Потом, трудно себе представить, что дополнительная страховка сможет покрыть все многообразие платных медицинских услуг – особенно сложных диагностических исследований. Думаю, что они останутся за отдельную плату.

А для заместителей по экономике есть большое поле деятельности. Все-таки у нас сложилось так, что главный врач – это медик по образованию. Если брать государственные учреждения, наверное, это оправдано. И так будет еще длительное время, потому что человек, который не получил медицинского образования и не знает как лечить, не будет пользоваться достаточным авторитетом у медицинских работников.

Хотя есть много примеров, как в частных клиниках успешно работают менеджеры с экономическим образованием. Но там и экономика другая, там руководитель клиники должен демонстрировать умение зарабатывать деньги. Ориентация государственной системы другая, поэтому там человеку без медицинского образования, повторюсь, будет сложно управлять коллективом.

Но все-таки, поскольку экономические аспекты работы медицинской организации усложняются, то главному врачу нужны, конечно, помощники, которые могли бы этим профессионально заниматься. Естественно, нужно учитывать размер учреждения. Если говорить о больницах, тем более, о крупных, – там хозяйство большое и без этого не проживешь. А если говорить о поликлинике, может быть, действительно, достаточно знаний главного врача.

Примерно половина слушателей, обучающихся у нас по магистерской программе по управлению и экономике здравоохранения, имеют медицинское образование. А остальные пришли

с базовым экономическим или управленческим образованием. И, по нашим наблюдениям, как раз легче обучить медиков экономике – базовое медицинское образование изначально системное и, если даже медикам поначалу бывает сложно разобратся с экономическими терминами, то они очень быстро осваиваются и даже опережают своих коллег.

А кем работают Ваши выпускники?

Сейчас получается, что больше работают аналитиками в фармкомпаниях или в компаниях, торгующих медицинским оборудованием, – это связано с зарплатой, там лучшие условия. Но работают и заместителями главных врачей, и экономистами в медицинских учреждениях и в ведомствах: в Министерстве здравоохранения, в Федеральном фонде ОМС.

А со стороны медицинских учреждений есть спрос на подготовку таких специалистов?

Поскольку начинается конкуренция среди медицинских учреждений, то мы начинаем получать просьбы от главных врачей: пусть ваши выпускники у нас поработают, помогут нам с тарифами разобраться и т. п.

Спрос формируется, но по деньгам, которые государственные медучреждения готовы сейчас платить работникам, они пока неконкурентоспособны по сравнению с фармкомпаниями – в этом основная проблема.

А своих работников они отправляют к Вам учиться или такого не бывает?

На магистерскую программу к нам приходят молодые люди, которые рассматривают это образование как «карьерный» лифт.

Но, помимо магистерской программы, у нас большие объемы дополнительного профессионального образования: например, мы делаем целый ряд специальных программ для Федерального фонда ОМС. На такое обучение, чаще всего на 72-часовые курсы, приходит много заместителей главных врачей медицинских организаций.

Беседовал А.Иванов

¹ <http://www.gaidarforum.ru/program/day-one/>

² <http://kremlin.ru/news/46829>.

³ <http://itar-tass.com/obschestvo/1586341>.

⁴ Принят ГД РФ в первом чтении 19.09.2014.

⁵ <http://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/strategiya-razvitiya-zdravooohraneniya-rossiyskoy-federatsii-na-dolgosrochnnyy-period>.



24–26 марта, 2015
МВЦ «Крокус Экспо»

XX Всероссийская юбилейная научно-практическая конференция

Достижения и перспективы развития лабораторной службы России

В дни работы конференции будет организована специальная программа «Кафедра клинической лабораторной диагностики: 90 лет на благо лабораторной службы». В рамках научной программы планируется проведение пленарных, симпозиальных заседаний, мастер-классов, круглых столов, дискуссионных клубов, школ по отдельным актуальным проблемам лабораторной медицины. Будет проведен традиционный конкурс молодых ученых (до 35 лет) с премированием лучших работ. Тезисы докладов, перспективные разработки, актуальные сообщения будут опубликованы на страницах журнала «Лаборатория».

Публикация тезисов:

Тезисы принимаются до 20.02.2015

Ответственный секретарь,
доцент Клавдия Щетникович
e-mail: kafedra-kdl@list.ru,
тел.: +7 (495) 945-82-22

Регистрация на сайте www.mediexpo.ru

Информационная поддержка:

журнал «Лаборатория»

www.labdiag.ru www.clinlab-kafedra.ru

В рамках конференции состоится международная специализированная выставка
Лабораторная диагностика – 2015

Организаторы:

- Министерство здравоохранения Российской Федерации
- Научно-практическое общество специалистов лабораторной медицины
- Российская медицинская академия последиplomного образования
- Конгресс-оператор ООО «Меди Экспо»

Председатель оргкомитета:
профессор Долгов
Владимир Владимирович

Как учесть региональные особенности при реализации Программы государственных гарантий и «дорожной карты»?¹

ключевые слова

«дорожная карта», ТПГГ, ТПОМС, расчет плановой стоимости, индикативное планирование

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



Написать автору
WWW.ZDRAV.RU

ПО ДЕМОГРАФИЧЕСКИМ, КЛИМАТИЧЕСКИМ, ГЕОГРАФИЧЕСКИМ УСЛОВИЯМ, УРОВНЮ ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И УРОВНЮ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДОСТАТОЧНО СЛОЖНО НАЙТИ СРЕДНИЙ РЕГИОН.

В ТО ЖЕ ВРЕМЯ СТРУКТУРА ЛЕЧЕБНОЙ СЕТИ И ЕЕ «СВЕРХНОРМАТИВНАЯ» МОЩНОСТЬ, НИЗКАЯ ЗАНЯТОСТЬ И ОБОРОТ КОЙКИ ЗАЧАСТУЮ ОТРАЖАЮТ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ, И НЕ ВСЕГДА СУБЪЕКТИВНО.

Использование региональных характеристик (демографических, климатических, географических условий, уровня доступности медицинской помощи и уровня заболеваемости) для объективного изменения средних нормативов объема медицинской помощи требует научной методической основы, применяемой в субъекте РФ при формировании территориальных программ госгарантий и программы ОМС и используемой контролирующими органами, проверяющими корректность учета региональной специфики.

К сожалению, на момент подготовки данной статьи единой федеральной методики, отражающей региональные особенности по всему перечню характеристик, подготовлено не было, вследствие этого были использованы некоторые положения следующих нормативных документов:

- приказ Минздрава России от 29.12.2012 № 1706 (ред. от 13.02.2013) «Об утверждении методических рекомендаций по разработке органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации планов мероприятий (“дорожных карт”) “Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в субъекте Российской Федерации”»;
- Методические рекомендации ФФОМС «Методика формирования территориальных программ ОМС с использованием коэффициентов потребления медицинской помощи различными возрастными-половыми категориями» (для исполь-

«ОСОБО ЧУВСТВИТЕЛЬНЫЙ ВОПРОС – ЭТО ОПТИМИЗАЦИЯ СЕТИ БЮДЖЕТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ. МЫ ЗНАЕМ, ЧЕМ ОБОРАЧИВАЮТСЯ ЗДЕСЬ ПОВЕРХНОСТНЫЕ, ФОРМАЛЬНЫЕ, ЧИСТО БЮРОКРАТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ. НАПРИМЕР, КАКУЮ РЕАКЦИЮ ЛЮДЕЙ ВЫЗЫВАЛО ЗАКРЫТИЕ БОЛЬНИЦ ИЛИ РОДДОМОВ НА СЕЛЕ, В НЕБОЛЬШИХ ГОРОДАХ, ГДЕ, СОБСТВЕННО ГОВОРЯ, КРОМЕ ЭТИХ МЕДУЧРЕЖДЕНИЙ НИЧЕГО ДРУГОГО И НЕ БЫЛО. ТАКАЯ СТРУКТУРИЗАЦИЯ СЕТИ, КОНЕЧНО, НЕДОПУСТИМА».

В.В. Путин, Президент РФ

зования в планировании с 2013 г., утв. председателем ФФОМС А.В. Юриным 25.04.2012);

- письмо Минздрава России от 08.11.2013 №11-9/10/2-8309 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ медицинской помощи на 2014 год и плановый период 2015 и 2016 годов».
- Рассмотрим эти положения подробнее.

1. Приказ Минздрава России

от 29.12.2012 № 1706²:

«С учетом специфики плотности населения субъекты Российской Федерации разделены на 3 группы:

1-я группа – с низкой плотностью населения – до 20 человек на 1 кв. км;

2-я группа – со средней плотностью населения – от 20 до 80 человек на 1 кв. км;

3-я группа – с высокой плотностью населения – свыше 80 человек на 1 кв. км.

К территориям с низкой плотностью населения относятся:

Алтайский край, Амурская область, Архангельская область, Вологодская область, Еврейская автономная область, Забайкальский край, Иркутская область, Камчатская край, Кировская область, Костромская область, Красноярский край, Курганская область, Магаданская область, Мурманская область, Ненецкий автономный округ, Новгородская область, Новосибирская область, Омская область, Оренбургская область, Приморский край, Пермский край, Псковская область, Республика Алтай, Республика Бурятия, Республика Калмыкия, Республика Каре-

Оценка рисков



НЕСОВЕРШЕННАЯ СТРУКТУРА ЛЕЧЕБНОЙ СЕТИ, «СВЕРХНОРМАТИВНАЯ» МОЩНОСТЬ, НИЗКАЯ ЗАНЯТОСТЬ И ОБОРОТ СТАЦИОНАРНОЙ КОЙКИ



НЕОБХОДИМОСТЬ СТРОГО СООТВЕТСТВОВАТЬ СРЕДНИМ ОБЪЕМНЫМ И ФИНАНСОВЫМ НОРМАТИВАМ ПГГ И «БАЗОВОЙ» ПРОГРАММЫ ОМС, Т. Е. СТАТЬ «СРЕДНИМ» РЕГИОНОМ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ «ДОРОЖНОЙ КАРТЫ»



ВВИДУ СУЩЕСТВЕННЫХ РАЗЛИЧИЙ ПО ДЕМОГРАФИЧЕСКИМ, КЛИМАТИЧЕСКИМ, ГЕОГРАФИЧЕСКИМ УСЛОВИЯМ, УРОВНЮ ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И УРОВНЮ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СЛОЖНО НАЙТИ «СРЕДНИЙ» РЕГИОН

лия, Республика Коми, Республика Саха (Якутия), Республика Тыва, Республика Хакасия, Сахалинская область, Смоленская область, Тверская область, Томская область, Тюменская область, Хабаровский край, Ханты-Мансийский автономный округ – Югра, Чукотский автономный округ, Ямало-Ненецкий автономный округ.

К территориям со средней плотностью населения относятся:

Астраханская область, Белгородская область, Брянская область, Владимирская область, Волгоградская область, Воронежская область, Ивановская область, Кабардино-Балкарская Республика, Калининградская область, Калужская область, Карачаево-Черкесская Республика, Кемеровская область, Краснодарский край, Курская область, Ленинградская область, Липецкая область, Нижегородская область, Орловская область, Пензенская область, Республика Адыгея, Республика Башкортостан, Республика Дагестан, Республика Марий Эл, Республика Мордовия, Республика Татарстан, Ростовская область, Рязанская область, Самарская область, Саратовская область, Свердловская область, Ставропольский край, Тамбовская область, Тульская область, Удмуртская Республика, Ульяновская область, Челябинская область, Чувашская Республика, Ярославская область.

К территориям с высокой плотностью населения относятся:

Республика Ингушетия, Чеченская Республика, Республика Северная Осетия – Алания, Московская область, города Санкт-Петербург и Москва.

При этом «рекомендуется применение дифференцированных коэффициентов к нормативам объема медицинской помощи и ее финансовых затрат для территорий, относящихся:

к 1-й группе (с низкой плотностью населения) – от 0,95 до 1,2;

ко 2-й группе (со средней плотностью населения) – от 0,9 до 1,1;

к 3-й группе (с высокой плотностью населения) – от 0,8 до 1,0».

2. Методические рекомендации ФФОМС «Методика формирования территориальных программ ОМС с использованием коэффициентов потребления медицинской помощи различными возрастными-половыми категориями»³.

То, что демографическая структура населения различна в регионах, не вызывает никакого сомнения, и эти отличия могут отличаться от «средней» демографической структуры РФ, на которую и рассчитаны средние подушевые нормативы объемов медицинской помощи (рис. 5 и 6).

Важно ➤ Если на основании объективных данных определить изменения потребления медицинской помощи по видам и условиям, то можно достаточно обоснованно заменить «средние» нормативы «региональными», учитывая демографическую структуру застрахованного населения субъекта и положения федеральной методики ■

В данной методике за единицу принят объем потребления медицинской помощи мужчинами 25–29 лет.

При расчетах акушерско-гинекологической помощи за единицу принят объем медицинской помощи женщинам 25–29 лет.

При расчете объемов потребления детьми за единицу принят объем для детей в возрасте 7–14 лет.

На основе научных исследований определены возрастными-половыми показатели объема того или иного вида медицинской помощи: амбулаторной, стационарной, в дневных стационарах по врачебным специальностям и профилям, по базовой программе ОМС и по скорой медицинской помощи. Показатели сведены в таблицы по 36 половозрастным категориям. При этом показатели объемов для лечебной и профилактической меди-

цинской помощи находятся в отдельных таблицах (всего 5 таблиц).

Показатель по профилю (специально-сти) рассчитывается по единой формуле:

$$K_{ij}^{\text{проф.}} = \frac{m_{ij}^{\text{проф.}}}{m^{\text{проф.}}}$$

где: $m_{ij}^{\text{проф.}}$ – это фактический объем медицинской помощи по i -му полу и j -му возрасту для конкретного профиля или специальности;
 $m^{\text{проф.}}$ – это фактический объем медицинской помощи по «базовой» возраст-но-половой категории для данного профиля.

Данные коэффициенты можно полу-чить, используя данные медицинской статистики региона и (или) информацию по количеству оплаченных счетов в си-стеме ОМС.

Расчеты региональных объемов меди-цинской помощи, учитывающие пол и воз-раст, осуществляются с использованием демографических данных региона и (или) данных по реестру застрахованных лиц по алгоритму, представленному на рис. 7.

Произведение численности населе-ния по каждой возрастно-половой кате-гории на соответствующий показатель для профиля (специальности) определяет эквивалентные единицы. Всего возраст-но-половых категорий – 36 (18 по муж-скому населению и 18 по женскому).

Например, численность по возрастной категории «мужчины 25–29 лет» в субъек-те составляет 100 тыс. чел., коэффициент ($K_{ij}^{\text{проф.}}$) по числу госпитализаций для про-филя «кардиология» составляет 0,73. Про-изведение этих величин дает значение эк-вивалентных единиц, равное 73. И так далее по всем профилям и специаль-ностям для всех условий оказания медицин-ской помощи.

Важно ➤ Ввиду того что все рекоменду-емые нормативы федерального уровня

сформированы без учета полового соста-ва населения, после проведения гендер-ных расчетов необходимо провести «взвешивание» эквивалентов по мужско-му и женскому населению, сопоставляя отношение данных групп в регионе со среднероссийскими данными ■

Если в субъекте РФ доля мужского на-селения выше, чем в среднем по РФ, то для «мужского» эквивалента применяется повышающий коэффициент, а для «жен-ского» эквивалента – понижающий.

Полученный в результате «взвешива-ния» эквивалент региона используется для расчета объемных показателей региональной программы ОМС для взрослого и детского населения на осно-ве рекомендуемых Минздравом России значений, которые предлагаются в соот-ветствующих рекомендациях по форми-рованию и экономическому обоснова-нию территориальных программ ОМС.

Расчет норматива госпитализаций по профилю $N_{\text{тер.}}^{\text{проф.}}$ проводится по следую-щей формуле:

$$N_{\text{тер.}}^{\text{проф.}} = \tilde{N}_{\text{тер.}}^{\text{проф.}} \times \frac{\sum_{\text{всего}}^{\text{проф.}} (\text{тер})}{\sum_{\text{всего}}^{\text{проф.}} (\text{РФ})}$$

Для корректного расчета по представ-ленной формуле необходимо учитывать характер рекомендуемых подушевых нормативов. Они рассчитаны на основе данных РФ в 2000 г. и отражают характер-ное для того периода соотношение меж-ду детским и взрослым населением, рав-ное 22 на 78. Поэтому перед началом расчетов необходимо провести коррек-тировку федеральных нормативов по те-кущей пропорции между детским и взрослым населением, которая в 2013 г. составила 18 на 82.

Результат расчета по демографиче-ским данным одного из южных субъектов РФ представлен в табл. 3.

В данном регионе расчетное число госпитализаций составляет 239,5 тыс., что

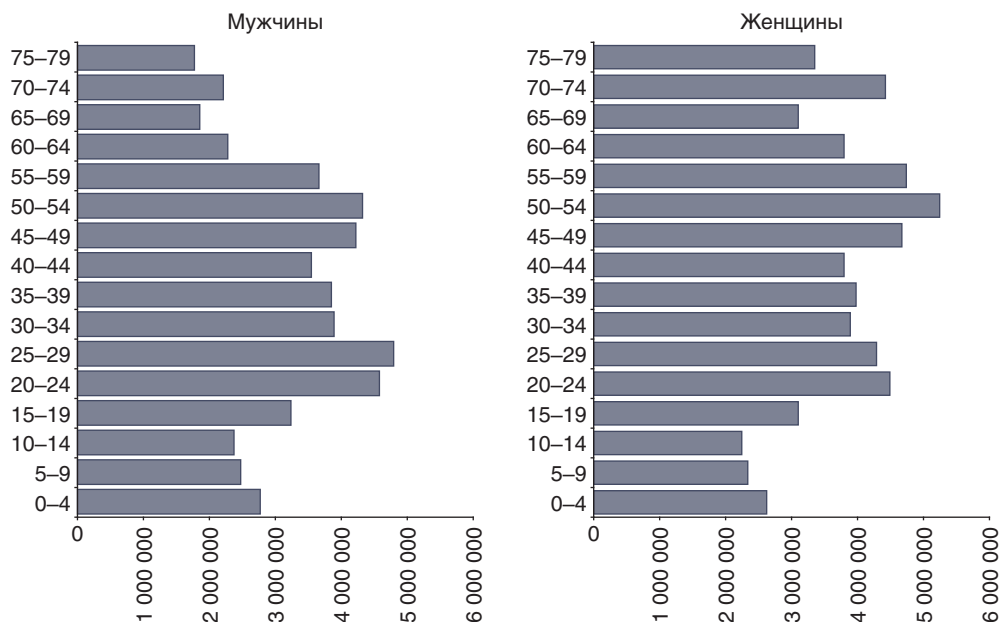


Рис. 5. Демографическая структура населения Рязанской области (по состоянию на 2011 г.)

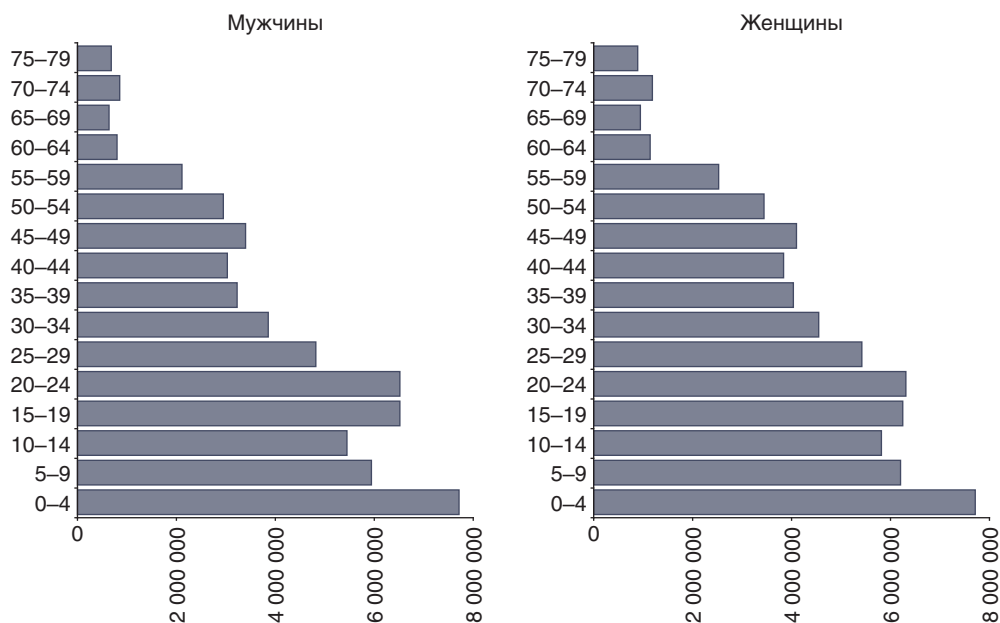


Рис. 6. Демографическая структура населения Чеченской Республики (по состоянию на 2011 г.)

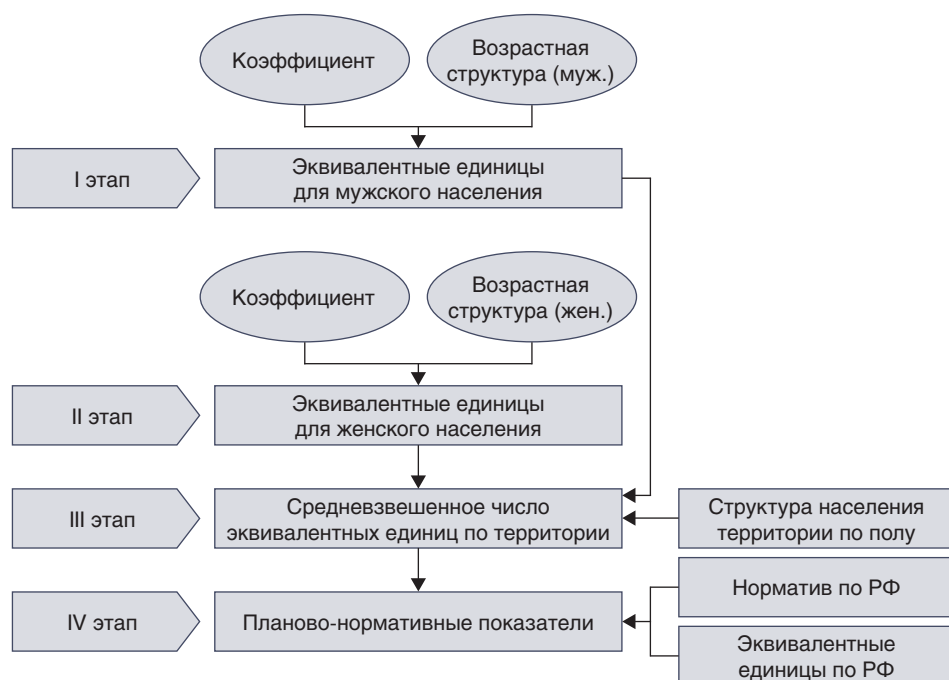


Рис. 7. Алгоритм расчета региональных плановых объемов медицинской помощи

при средней длительности лечения в 11,7 дней и работе койки 331 день (см. «дорожную карту» на 2015 г.) требует коечный фонд в 8467 коек. В то же время использование среднероссийского норматива требует 8670 коек (на 2,4% больше). С другой стороны, по профилю «педиатрия» стационарных коек требуется на 81% больше.

Важно > Анализируя плановый объем госпитализаций и сравнивая его со среднероссийскими данными, можно оценить направления оптимизации коечной сети в конкретном регионе на основе федеральной методики и с учетом региональной демографической картины. А учитывая закономерное изменение демографических характеристик, можно обосновать план развития регионального здравоохранения на несколько лет вперед ■

3. Письмо Минздрава России от 08.11.2013 №11-9/10/2-8309⁴ «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ медицинской помощи на 2014 год и плановый период 2015 и 2016 годов».

В данном письме предлагается учитывать особенности регионов и использовать дифференцированные объемы скорой медицинской помощи, рассчитанные на одно застрахованное лицо в год, для Пермского края, республик Карелия, Коми, Бурятия, Саха (Якутия), Еврейской автономной области, Амурской, Томской, Мурманской, Тюменской областей (очевидно, с учетом Ханты-Мансийского и Ямало-Ненецкого автономных округов) – в среднем 0,33 вызова. Для Красноярского, Камчатского, Хабаровского,

Таблица 3

Профиль коек	Случаи по норм. суб. РФ			РФ
	Всего	Взросл.	Дети	Всего
1. Кардиологические	5441	5254	187	8755
2. Ревматологические	809	784	25	973
3. Гастроэнтерологические	2527	2079	448	3648
4. Пульмонологические	2 5015	2154	361	3405
5. Эндокринологические	1606	1507	100	1824
6. Нефрологические	1245	847	398	1702
7. Гематологические	1005	809	199	851
8. Аллергологические	610	548	62	486
9. Педиатрические	27 715	0	27 715	15 322
10. Терапевтические	17 281	17 281	0	15 322
11. Патология недоношенных и новорожденных	3486	0	3486	2316
12. Травматологические	6898	6312	585	7504
13. Ортопедические	1257	1045	212	1459
14. Урологические	4022	3785	237	4986
15. Нейрохирургические	1793	1693	100	2432
16. Ожоговые	386	299	87	486
17. Челюстно-лицевой хирургии	1055	896	162	1338
18. Торакальной хирургии	461	436	25	603
19. Проктологические	523	496	25	730
20. Кардиохирургические	784	735	50	1094
21. Сосудистой хирургии	1083	1058	25	1159
22. Хирургические	26 283	24 154	2129	32 225
23. Онкологические	5279	5142	137	7539
24. Гинекологические	25 250	25 125	125	24 321
25. Оториноларингологические	6312	4520	1793	6931
26. Офтальмологические	3175	2789	386	5472
27. Неврологические	6922	6437	486	11 552
28. Дерматологические	5475	4619	859	3405
29. Инфекционные	30 077	17 256	13 621	18 119
30. Для беременных и рожениц	10 683	10 683	0	5488
31. Патологии беременности	6873	6873	0	5485
32. Для производства аборт	5926	5926	0	5837
33. Психиатрические	9064	8715	349	8813
34. Наркологические	10 222	10 072	149	12 632
35. Фтизиатрические	3947	3685	261	3819
36. Венерологические	735	672	62	881
Итого по субъекту РФ случаев	239 534	184 689	54 846	245 271

Забайкальского краев, Архангельской, Сахалинской, Иркутской, Магаданской областей, Чукотского автономного округа – в среднем 0,36, что выше среднероссийского показателя – 0,318 вызовов на одного застрахованного. Данный показатель по СМП не меняется с 1999 г.

В постановлении Правительства Российской Федерации 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» традиционно повторяются положения, определяющие право региона при разработке территориальной ПГГ корректировать средние нормативы объемов медицинской помощи:

«В части медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется за счет соответствующих бюджетов, в территориальных программах могут устанавливаться дифференцированные нормативы объема медицинской помощи с учетом уровня и структуры социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих, особенностей половозрастного состава и плотности населения, транспортной доступности, а также климатогеографических особенностей регионов».

Практическая реализация следующего тезиса ПГГ на 2015 г.: «Субъектами Российской Федерации устанавливаются дифференцированные нормативы объема медицинской помощи на 1 жителя и нормативы объема медицинской помощи на 1 застрахованное лицо с учетом этапов оказания медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи» требует четкого нормативного и методического определения этапов оказания медицинской помощи и связи данных этапов с порядками оказания медицинской помощи и со «средними» нормативами программы государственных гарантий и базовой программы ОМС. Для формирования объемных территориальных нормативов и для правильного планирования финансовых ресурсов данный тезис должен подкрепляться конкретными параметрами, желательно на уровне федеральных рекомендаций.

Далее, тезис *«В целях обеспечения доступности медицинской помощи гражданам, проживающим в малонаселенных, отдаленных и (или) труднодоступных населенных пунктах, а также в сельской местности, территориальными программами устанавливаются дифференцированные объемы медицинской помощи с учетом использования санитарной авиации, телемедицины и передвижных форм предоставления медицинских услуг»* так-

же требует нормативно-методического решения, т. к. его отсутствие зачастую приводит к объявлению небольших районных и участковых больниц нерентабельными с их последующим сокращением или полной ликвидацией.

На одном из совещаний, посвященных проблемам здравоохранения, Президент РФ В.В. Путин предостерег от принятия необдуманных шагов в этом направлении⁵: *«Особо чувствительный вопрос – это оптимизация сети бюджетных медицинских учреждений. Мы знаем, чем оборачиваются здесь поверхностные, формальные, чисто бюрократические подходы. Например, какую реакцию людей вызывало закрытие больниц или роддомов на селе, в небольших городах, где, собственно говоря, кроме этих медучреждений ничего другого и не было. Такая структуризация сети, конечно, недопустима».*

Учитывая важность вопросов методологии учета региональных особенностей организации и оказания медицинской помощи, Минздраву России, Минрегиону России и Минтрансу России совместно с заинтересованными федеральными органами исполнительной власти и органами исполнительной власти субъектов РФ поручено разработать территориальные модели организации здравоохранения с учетом региональных особенностей, включая уровень и структуру заболеваемости, половозрастной состав и плотность населения, климатические и географические условия, транспортную доступность медицинских организаций.

Решение этой серьезной научно-методической задачи должно в прикладном плане дать адекватный ответ на ряд вопросов, связанных с планированием медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий (базовой программы ОМС).

По нашему мнению, практическая реализация методологии планирования программы государственных гарантий

и программы обязательного медицинского страхования требует разработки и утверждения на региональном уровне ряда методик, комплексно описывающих порядок формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий и программ ОМС:

- методика комплексного структурного анализа оказанной медицинской помощи по реестрам счетов, данных региональной медицинской статистики и динамики демографической структуры регистра застрахованных данных позволит определить основные тенденции потребления медицинской помощи в регионе и определить базовые тренды, характеризующие особенности конкретного субъекта РФ, отличающие его от «средних» плановых параметров ПГГ (базовой программы ОМС);
- методика формирования «технологического паспорта» медицинской организации, участвующей в реализации территориальной программы ОМС, позволит сформулировать основные параметры «оптимальной» лечебной сети медицинских организаций и сопоставлять реальную ресурсную обеспеченность с ее оптимальными значениями, формируя при этом основные направления региональной модернизации медицинских организаций и структурные изменения по видам медицинской помощи и условиям ее оказания;
- методика корректировки средних федеральных нормативов, территориальных нормативов программы ОМС и определение базовых параметров территориальной программы ОМС позволит учесть уровень и структуру заболеваемости населения, демографической динамики населения и особенностей организации медицинской помощи в субъекте (по данным комплексного структурного анализа и технологической паспортизации МО);
- методика размещения, согласования и корректировки государственного заказа по территориальной программе ОМС в медицинских организациях, выполняющих территориальную программу, даст возможность учесть структуру обслуживаемого (прикрепленного) населения, его демографическую характеристику, уровень заболеваемости и доступности с учетом данных паспортизации МО (их ресурсного обеспечения) в единицах планирования, сопоставимых с единицами оплаты медицинской помощи;
- методика сезонного распределения плановых объемов МО в разрезе СМО (формирование приложения № 1 к договору ООМП) и формирования плановых объемов для СМО позволит учитывать увеличение или снижение обращаемости населения за медицинской помощью в течение года и сформировать реалистичный план финансово-хозяйственной деятельности для медицинских организаций, выполняющих ПГГ (программу ОМС) и учитывающих особенности обслуживаемого населения.

¹ Окончание. Начало см.: «Здравоохранение». 2015. № 2. С. 24–32.

² Приказ Минздрава России от 29.12.2012 №1706 (ред. от 13.02.2013) «Об утверждении методических рекомендаций по разработке органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации планов мероприятий («дорожных карт») “Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в субъекте Российской Федерации”».

³ «Методика формирования территориальных программ ОМС с использованием коэффициентов потребления медицинской помощи различными возрастными половыми категориями» для использования в планировании с 2013 года. Утверждена председателем ФФОМС А.В. Юриным 25.04.2012.

⁴ Письмо Минздрава России от 08.11.2013 №11-9/10/2-8309 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам РФ медицинской помощи на 2014 год и плановый период 2015 и 2016 годов».

⁵ 21.01.2014, 16:15, Московская область, Ново-Огарево, совещание по вопросам здравоохранения.

26–28 мая

Москва, МВЦ «Крокус Экспо» 3-й павильон, 4-й этаж, 20-й зал,
Крокус Конгресс Центр



VII Всероссийский научно-образовательный форум
с международным участием

Медицинская диагностика

2015

Форум «Медицинская диагностика» является одним из главных событий года в сфере медицинской диагностики России. Это масштабный общенациональный проект, который ежегодно объединяет специалистов во всех областях диагностики – около 4000 делегатов из 70 регионов России и 25 стран мира. Традиционно Форум собирает руководителей органов здравоохранения, рентгенологов, лучевых диагностов, лучевых терапевтов, врачей ультразвуковой и функциональной диагностики, медицинских физиков, ученых и преподавателей вузов.



IX Всероссийский национальный конгресс лучевых
диагностов и терапевтов
Радиология – 2015



Пленум Российской
ассоциации радиологов



Конференция ассоциации
интервенционных
онкорadiологов



VII Всероссийская Конференция
**Функциональная
диагностика – 2015**



Международный учебный курс
**Актуальные вопросы ультра-
звуковой диагностики
в медицине матери и плода**



VII Международная
специализированная выставка
МЕДИдиагностика – 2015

Организаторы форума:

- ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава РФ
- Общество специалистов по лучевой диагностике
- Российская ассоциация специалистов ультразвуковой диагностики в медицине
- Российская ассоциация радиологов
- Общество интервенционных онкорadiологов
- Российская ассоциация специалистов функциональной диагностики
- Российская ассоциация маммологов и другие

Наименование места происхождения товара: подходы к определению правовой категории при проведении электронного аукциона¹

ключевые слова

Закон № 44-ФЗ, наименование места происхождения товара, наименование производителя, электронный аукцион

Е.В. Скорикова,
юрисконсульт
Майской ЦРБ КБР

В СООТВЕТСТВИИ С ТРЕБОВАНИЯМИ ДОКУМЕНТАЦИИ ОБ АУКЦИОНЕ ЗАКУПКИ ОСУЩЕСТВЛЯЮТСЯ С УЧЕТОМ ТРЕБОВАНИЙ ПОСТАНОВЛЕНИЯ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ ОТ 24.12.2013 № 1224 «ОБ УСТАНОВЛЕНИИ ЗАПРЕТА И ОГРАНИЧЕНИЙ НА ДОПУСК ТОВАРОВ, ПРОИСХОДЯЩИХ ИЗ ИНОСТРАННЫХ ГОСУДАРСТВ, РАБОТ (УСЛУГ), ВЫПОЛНЯЕМЫХ (ОКАЗЫВАЕМЫХ) ИНОСТРАННЫМИ ЛИЦАМИ, ДЛЯ ЦЕЛЕЙ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ЗАКУПОК ТОВАРОВ, РАБОТ (УСЛУГ) ДЛЯ НУЖД ОБОРОНЫ СТРАНЫ И БЕЗОПАСНОСТИ ГОСУДАРСТВА».

Участники закупки при составлении заявки указывают страну происхождения товара в качестве конкретного показателя товара, а также в рамках требований к национальному режиму при осуществлении закупки, установленных в документации об аукционе.

Таким образом, суд соглашается с доводами заявителя о том, что Поставщик, указав в своей заявке «Поставляемый товар новый, изготовленный в России», выполнил требования, установленные в документации об аукционе к национальному режиму при осуществлении закупки, а также требования, установленные к конкретным показателям товара, в соответствии с документацией об аукционе.

Кроме того, в соответствии с ч. 1 ст. 58 Таможенного кодекса Таможенного союза страной происхождения товара считается страна, в которой товары были полностью произведены или подвергнуты достаточной обработке (переработке) в соответствии с критериями, установленными таможенным законодательством Таможенного союза.

При этом документом, подтверждающим страну происхождения товара, является либо декларация о происхождении товара, либо сертификат о происхождении товара (ст. 59 Таможенного кодекса).

Согласно п. 1 ст. 60 Таможенного кодекса декларация о происхождении товара представляет собой заявление о стране

...СЧИТАЕМ ОБОСНОВАННЫМ ПРИДЕРЖИВАТЬСЯ ПОЗИЦИИ, ЧТО ДЛЯ ИЗБЕЖАНИЯ ОТКЛОНЕНИЯ, ОСОБЕННО ПРИ УЧАСТИИ В ЗАКУПКАХ ЗАКАЗЧИКОВ СУБЪЕКТОВ РОССИИ, ЖЕЛАТЕЛЬНО УКАЗЫВАТЬ ПОЛНОСТЬЮ И МЕСТО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ТОВАРА, И ПОЛНОЕ НАИМЕНОВАНИЕ ПРОИЗВОДИТЕЛЯ.

С.С. Ивлев, адвокат, негосударственная некоммерческая организация
«Оренбургская областная коллегия адвокатов»

происхождения товара, сделанное изготовителем, продавцом или отправителем в связи с вывозом товара, при условии, что в нем указаны сведения, позволяющие определить страну происхождения товара. В качестве такой декларации используются коммерческие или любые другие документы, имеющие отношение к товарам.

В соответствии п. 1 ст. 61 Таможенного кодекса сертификат о происхождении товара – документ, однозначно свидетельствующий о стране происхождения товара и выданный уполномоченными органами или организациями этой страны (Торгово-промышленной палатой страны) или страны вывоза, если в стране вывоза сертификат выдается на основе сведений, полученных из страны происхождения товаров.

В соответствии с п. 2 ст. 58 Таможенного кодекса определение страны происхождения товара производится во всех случаях, когда применение мер таможенно-тарифного и нетарифного регулирования зависит от страны происхождения.

Документом, подтверждающим наименование места происхождения товара, является свидетельство о регистрации такого наименования места происхождения товара, выданное федеральным органом исполнительной власти по интеллектуальной собственности – Роспатентом (ст. 1522 ГК РФ). Следует отметить, что целью регистрации наименования места происхождения товара является его дальнейшее использование, которым в соответствии с ч. 2 ст. 1519 ГК РФ считается размещение этого наименования, в частности:

Оценка рисков



НЕОДНОЗНАЧНОСТЬ РЕШЕНИЙ В СУДЕБНО-АРБИТРАЖНОЙ ПРАКТИКЕ ПРИ РАССМОТРЕНИИ ВОПРОСА О ПОРЯДКЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПОНЯТИЙ «СТРАНА ПРОИСХОЖДЕНИЯ ТОВАРА» И «НАИМЕНОВАНИЕ МЕСТА ПРОИСХОЖДЕНИЯ ТОВАРА»



ОТКЛОНЕНИЕ СУДАМИ ДОВОДОВ ФАС О ТОЖДЕСТВЕННОСТИ ПОНЯТИЙ «НАИМЕНОВАНИЕ МЕСТА ПРОИСХОЖДЕНИЯ ТОВАРА» И «АДРЕС ПРОИЗВОДИТЕЛЯ» ИЛИ «СТРАНА ПРОИСХОЖДЕНИЯ ТОВАРА»



НЕОБХОДИМОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОСОБЫХ СВОЙСТВ, ИНДИВИДУАЛИЗИРУЮЩИХ ГЕОГРАФИЧЕСКИЙ ОБЪЕКТ, ПРИЗНАВАЕМЫЙ НАИМЕНОВАНИЕМ МЕСТА ПРОИСХОЖДЕНИЯ ТОВАРА

1) на товарах, этикетках, упаковках товаров, которые производятся, предлагаются к продаже, продаются, демонстрируются на выставках и ярмарках или иным образом вводятся в гражданский оборот на территории Российской Федерации, либо хранятся или перевозятся с этой целью, либо ввозятся на территорию Российской Федерации;

2) на бланках, счетах, иной документации и в печатных изданиях, связанных с введением товаров в гражданский оборот;

3) в предложениях о продаже товаров, а также в объявлениях, на вывесках и в рекламе;

4) в сети Интернет, в т. ч. в доменном имени и при других способах адресации.

Таким образом, понятия «страна происхождения товара» и «наименование мест происхождения товара» обуславливаются разными целями их определения.

Данные понятия представляют собой обособленные друг от друга правовые институты, относящиеся к разным отраслям права. Правовой институт «наименование места происхождения товара» относится к отрасли гражданского права, правовой институт «страна происхождения товара» относится к отрасли таможенного права.

Другого определения понятия «наименование места происхождения товара», как отмечает арбитражный суд Свердловской области, Закон о контрактной системе не содержит.

Следовательно, в целях применения Закона должно пониматься именно такое определение.

К аналогичному выводу приходит и арбитражный суд Тюменской области, указывая в своих решениях, что из положений Закона № 44-ФЗ не следует, что термин «наименование места происхождения товара» используется в ином значении, нежели в том, в каком оно опре-

деляется положениями Гражданского кодекса РФ.

Арбитражный суд Хабаровского края напоминает, что в соответствии с ч. 1 ст. 2 Закона № 44-ФЗ законодательство Российской Федерации о контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд основывается на положениях Конституции Российской Федерации, Гражданского кодекса Российской Федерации, Бюджетного кодекса Российской Федерации и состоит из указанного закона и других федеральных законов, регулирующих отношения в этой сфере.

Важно ➤ Доводы ФАС России о том, что в понимании обывателя, а также хозяйствующих субъектов, чья деятельность не связана с авторским правом, понятие «наименование места происхождения товара» тождественно адресу его производителя или стране происхождения, а также о том, что в настоящее время в соответствующем реестре, ведение которого осуществляется Роспатентом, имеется менее 150 зарегистрированных наименований мест происхождения товара, суд отклоняет ■

Термин «наименование места происхождения товара» действительно не имеет широкого распространения среди участников гражданского оборота, не связанных с авторским правом.

Тем не менее, как указано выше, в силу ч. 1 ст. 2 Закона № 44-ФЗ одним из базовых нормативных правовых актов, на которых основывается законодательство Российской Федерации о контрактной системе в сфере закупок, является Гражданский кодекс Российской Федерации, где в части 4 регулируются права на результаты интеллектуальной собственности и средства индивидуализации.

Как правильно указали в судебном заседании представители комитета, незна-

ние терминов, применяемых в гражданском праве, не предоставляет участникам гражданского оборота право толковать их по своему усмотрению, совершая юридически значимые действия: подавая заявку на участие в аукционе.

Доводы представителя ФАС о том, что в отличие от иных перечисленных в указанной норме средств индивидуализации применительно к наименованию места происхождения товара отсутствует примечание «при наличии», суд отклоняет.

Из анализа содержания подп. «б» п. 1 ч. 3 ст. 66 Закона № 44-ФЗ следует, что в отличие от иных перечисленных в них средств индивидуализации, сведения о которых необходимо указать только в случае их наличия, участникам аукциона предоставляется право по своему усмотрению указать либо наименование места происхождения товара, либо наименование производителя предлагаемого для поставки товара.

Важно ➤ Указание в заявке страны происхождения товара или адреса, по которому расположено производство, не является исполнением обязанности по указанию наименования места происхождения товара или наименования производителя ■

Арбитражный суд Красноярского края полагает, что указание страны происхождения используемых материалов, страны и города, страны и края является недостаточным для индивидуализации предлагаемого к поставке товара и в силу ст. 1516 ГК РФ не относится к наименованию места происхождения товара, а также к наименованию производителя, тогда как предоставление указанной информации (наименование места происхождения товара либо наименование производителя товара) является обязательным требованием согласно ч. 3 ст. 66 Закона № 44-ФЗ и аукционной документации.

О необходимости применения положений ст. 1516 ГК РФ при решении рассматриваемого вопроса указывает и арбитражный суд Краснодарского края, согласно правовой позиции которого при предоставлении правовой охраны наименованиями мест происхождения товаров необходимо выявить связь между обозначением товара и его особыми свойствами, которые, в свою очередь, обусловлены его происхождением из определенной местности. Причем принадлежность к определенной местности должна быть достаточно устойчивой и иметь известность среди потребителей.

По общему правилу правовая охрана наименования места происхождения товара в Российской Федерации предоставляется на основании его государственной регистрации. Таким образом, какое-либо обозначение приобретает статус наименования места происхождения товара не автоматически, а лишь в случае его соответствия определенным критериям охраноспособности, подтверждаемым при его регистрации в Федеральной службе по интеллектуальной собственности.

Использованием наименования места происхождения товара считается размещение этого наименования на товарах, этикетках, упаковках товаров, которые производятся, предлагаются к продаже, продаются, демонстрируются на выставках и ярмарках, или иным образом вводятся в гражданский оборот на территории Российской Федерации, либо хранятся или перевозятся с этой целью, либо ввозятся на территорию Российской Федерации (подп. 1 п. 2 ст. 1519 ГК РФ).

Таким образом, по смыслу ст. 1516 ГК РФ наименование места происхождения товара определяется следующими признаками:

- наименование страны или другого географического объекта;
- товар, особые свойства которого исключительно или главным образом

определяются характерными для данного географического объекта природными условиями и (или) людскими факторами;

- четкая связь (ассоциация) между данным товаром и указанным географическим объектом.

В связи с чем указание в первой части заявки на участие в электронном аукционе наименования страны происхождения товара не является наименованием места происхождения товара.

Рассматриваемый подход прослеживается и в иных судебных решениях.

Второй подход: **понятие «наименование места происхождения товара» приведено в ст. 1516 ГК РФ исключительно в целях предоставления правовой охраны средству индивидуализации товара.**

Именно в этих целях установлена необходимость определения особых свойств, индивидуализирующих географический объект, признаваемый наименованием места происхождения товара, а также установлено требование о государственной регистрации такого средства индивидуализации (ст. 1518 ГК РФ).

Для целей реализации положений Закона № 44-ФЗ наличие правовой охраны не является необходимым условием, и, учитывая, что не все товары, используемые для выполнения работ, являющихся предметом торгов, обладают зарегистрированным наименованием места происхождения товара, оснований для применения в рассматриваемой ситуации положений ст. 1516 ГК РФ у аукционной комиссии не имелось.

Судом апелляционной инстанции принимается во внимание то обстоятельство, что Департамент развития контрактной системы Минэкономразвития России в письме от 07.07.2014 № Д28и-1194 разъяснил положения Федерального закона от 05.04.2013 № 44-ФЗ и сообщил, что в случае поставки товара, у которого от-

сутствует правовая охрана наименования места происхождения, участником электронного аукциона в первой части заявки указывается полное или сокращенное наименование страны происхождения товара.

Пятнадцатый арбитражный апелляционный суд поддерживает своих коллег, также ссылаясь в своем постановлении на письмо Минэкономразвития России от 07.07.2014.

Арбитражные суды Самарской области и Республики Марий Эл приходят к тем же выводам, что и Минэкономразвития России в указанном письме.

Арбитражный суд Челябинской области соглашается с выводом антимонопольного органа о том, что ст. 66 Закона о контрактной системе не установлено требование, что месту происхождения товара должна быть предоставлена правовая охрана, вследствие чего должны применяться положения ст. 1516 ГК РФ.

Апелляционная инстанция, принимая во внимание, что для целей реализации положений Закона № 44-ФЗ наличие правовой охраны не является необходимым условием, и учитывая, что не все товары, используемые для выполнения работ, являющихся предметом торгов, обладают зарегистрированным наименованием места происхождения товара, подтверждает правомерность выводов суда первой инстанции, указывая, что оснований для применения в рассматриваемой ситуации положений ст. 1516 ГК РФ у аукционной комиссии не имелось.

Необходимость применения к спорным правоотношениям положений ст. 1516, 1517, 1518 ГК РФ арбитражным судом г. Москвы отклоняются, поскольку, как считает суд, часть четвертая ГК РФ регулирует иные правоотношения, а именно возникающие в сфере защиты прав на результаты интеллектуальной деятельности и средства индивидуализации которым предоставляется правовая охрана на

основании и в порядке, предусмотренных частью четвертой ГК РФ.

Согласно ст. 1225 ГК РФ к охраняемым результатам интеллектуальной деятельности и средствам индивидуализации также относится и наименование места происхождения товаров.

Однако предметом торгов по проведенному аукциону не являлся товар, являющийся предметом правовой охраны в порядке, установленном частью четвертой кодекса, а также к которому предъявляется требование о наличии исключительного права на средство его индивидуализации.

Суд в данном случае учитывает, что целью действий заказчика являлось не установление факта обладания претендентом зарегистрированным товарным знаком или зарегистрированным наименованием места происхождения товара, а ограничение возможности поставки товара зарубежного происхождения с учетом возможности его переработки.

К аналогичным выводам приходят арбитры Ямало-Ненецкого автономного округа, Ростовской области, Санкт-Петербурга и Ленинградской области.

Особый интерес для медицинских организаций представляет решение арбитражного суда Омской области.

Заказчик при закупке лекарственных средств установил следующие требования к содержанию первой части заявки:

- «для лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (далее – ЖНВЛП), участником электронного аукциона указывается форма выпуска: лекарственная форма, дозировка, количество в потребительской упаковке и наименование места происхождения товара или наименование производителя предлагаемого для поставки товара по каждому торговому наименованию в соответствии со сведениями, разме-

щенными в федеральной информационной системе «Государственный реестр лекарственных средств»;

- для лекарственных препаратов, входящих в перечень ЖНВЛП, участником электронного аукциона указывается лекарственная форма, дозировка, упаковка (полная) и наименование места происхождения товара или наименование производителя предлагаемого для поставки товара по каждому торговому наименованию, в соответствии со сведениями, размещенными в федеральной информационной системе «Государственный реестр предельных отпускных цен».

Комиссией Омского УФАС России было установлено, что «Государственный реестр предельных отпускных цен» содержит, в частности, графы: «Наименование препарата», «Лекарственная форма, дозировка, упаковка (полная)» и «Владелец РУ/производитель/упаковщик/Выпускающий контроль»; по всем позициям приложения 1 к документации об электронном аукционе заявитель указал сведения о предлагаемых к поставке товарам в соответствии с Государственным реестром предельных отпускных цен.

Суд отмечает, что в рассматриваемой ситуации требование учреждения здравоохранения об указании места происхождения товара в соответствии с Государственным реестром предельных отпускных цен допускало указание именно места производства лекарственного препарата, что в данном случае, учитывая (по сведениям такого реестра) отсутствие аналогичного торгового наименования с аналогичным местом производства товара, позволяло, как полагает суд, полностью идентифицировать и индивидуализировать предлагаемый лекарственный препарат.

Важно ➤ При этом из положений ч. 3 ст. 66 Федерального закона от 05.04.2013 № 44-ФЗ не следует, что место происхож-

СОГЛАСНО ПРОЕКТУ ИЗМЕНЕНИЙ СЛОВА «МЕСТА ПРОИСХОЖДЕНИЯ ТОВАРА ИЛИ НАИМЕНОВАНИЕ ПРОИЗВОДИТЕЛЯ» ПРЕДЛАГАЕТСЯ ЗАМЕНИТЬ СЛОВАМИ «СТРАНЫ ПРОИСХОЖДЕНИЯ ТОВАРА». ВНЕСЕНИЕ СООТВЕТСТВУЮЩИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ЗАКОН № 44-ФЗ ПОЗВОЛИТ ИСКЛЮЧИТЬ КАК СПОРЫ, ВОЗНИКАЮЩИЕ МЕЖДУ ЗАКАЗЧИКАМИ И УЧАСТНИКАМИ ЭЛЕКТРОННЫХ АУКЦИОНОВ ПО ВОПРОСУ НАДЛЕЖАЩЕГО ИСПОЛНЕНИЯ ТРЕБОВАНИЙ СТ. 66 ЗАКОНА, ТАК И РАЗНОБОЙ В СУДЕБНОЙ ПРАКТИКЕ ПО ПОРЯДКУ ПРИМЕНЕНИЯ НОРМ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА О КОНТРАКТНОЙ СИСТЕМЕ.

дения товара указывается в заявке с целью обеспечения правовой охраны соответствующего наименования (как, напри-

мер, товарного знака или коммерческого обозначения) ■

Следовательно, необходимость и обязанность потенциального участника аукциона указывать место происхождения товара в той форме, которая предусмотрена ст. 1516 ГК РФ, отсутствует, и такой участник вправе обозначить только полное или сокращенное наименование страны производства товара.

Таким образом, окончательную точку в споре должен поставить регулятор контрактной системы – Министерство экономического развития Российской Федерации, которое уже сделало первый шаг в этом направлении, разработав предложения по внесению первоочередных изменений в Закон № 44-ФЗ по итогам мониторинга за 2–3-й кварталы 2014 г.

¹ Окончание. Начало см.: Здравоохранение. 2015. № 2. С. 48–52.

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



Реклама



Индивидуальный подход к каждому клиенту!

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

Электронное рабочее место врача как интеграционная платформа и универсальный пользовательский интерфейс

ключевые слова

электронное рабочее место врача, медицинские информационные системы

В.К. Беляков,
д-р мед. наук, проф.,
гл. науч. сотрудник
НИЛ биомедицин-
ских исследований
в неврологии
РНИМУ
им. Н.И. Пирогова

А.В. Прохин,
науч. сотр. отдела
биоинформатики
и биоинженерии
живых систем НИИ
ФПБИ РНИМУ
им. Н.И. Пирогова

ЭЛЕКТРОННОЕ РАБОЧЕЕ МЕСТО ВРАЧА (ЭРМВ) ПРЕДНАЗНАЧЕНО ДЛЯ ОБЪЕДИНЕНИЯ РАЗНОРОДНЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ – МЕДИЦИНСКИХ, ЛАБОРАТОРНЫХ, РАДИОЛОГИЧЕСКИХ – И ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ИМЕЮЩЕЙСЯ В НИХ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ИНФОРМАЦИИ В ЕДИНОМ ИНТЕРФЕЙСЕ. ТАКИМ ОБРАЗОМ, ЭРМВ СЛУЖИТ ИНТЕГРАЦИОННОЙ ПЛАТФОРМОЙ ДЛЯ ФЕДЕРАЛЬНЫХ И РЕГИОНАЛЬНЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ И СЕРВИСОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И УНИВЕРСАЛЬНЫМ ПОЛЬЗОВАТЕЛЬСКИМ ИНТЕРФЕЙСОМ, АВТОМАТИЗИРУЮЩИМ ВСЕ ПРОЦЕССЫ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.

Предпосылки создания

На современном этапе развития сферы здравоохранения, когда доступ к информации постоянно расширяется, врачу все труднее ориентироваться в обширном информационном поле. Объединить и структурировать медицинскую информацию, к которой врач обращается постоянно в ходе своей работы, способны разнообразные информационные системы – медицинские, лабораторные, радиологические и т. д., решающие задачи информатизации различных направлений медицинской деятельности:

- профилактическая, диагностическая деятельность;
- мониторинг здоровья;
- административное управление;
- медицинская научно-исследовательская деятельность.

Важно > Существующие гетерогенные системы не предоставляют возможностей работы со всей имеющейся информацией «в едином окне», из-за чего врачу приходится осваивать сразу несколько систем, призванных автоматизировать их лечебно-диагностическую деятельность и во время работы переключаться между ними ■

ОСНОВНАЯ ЦЕЛЬ ИНТЕГРАЦИИ – ЭКОНОМИЯ ВРЕМЕНИ НА ОБРАБОТКУ ИНФОРМАЦИИ О ПАЦИЕНТЕ. КОГДА В ОДНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СИСТЕМЕ ПОЯВЛЯЮТСЯ ДАННЫЕ ИЗ ДРУГИХ, ВРАЧ БЕЗ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ЗАПРОСОВ МОЖЕТ ОЦЕНИТЬ ОБЩУЮ КАРТИНУ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТА И БЫСТРЕЕ НАЗНАЧИТЬ НУЖНОЕ ЛЕЧЕНИЕ. ИНФОРМАЦИОННЫЙ ПОТОК СТАНОВИТСЯ БОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ.

М.А. Плисс, менеджер по работе с заказчиками госсектора в сфере здравоохранения и образования компании «Oracle СНГ»

В результате практическая ценность автоматизации деятельности врача снижается. Кроме того, создано огромное количество однотипных информационных систем, например, медицинских или радиологических, также существует множество вариаций данных систем, отличающихся по интерфейсу и алгоритмам работы. Такая разнородность приводит к их несовместимости друг с другом и принуждает врачей осваивать работу с ними фактически заново (например, в случае перехода с одного места работы на другое).

Кроме того, гетерогенность и локальный характер установки подобных систем зачастую являются препятствием для централизованного сбора и анализа имеющейся в них информации компетентными структурами, а также препятствуют возможности обмена электронными данными между медицинскими учреждениями.

Для более эффективного решения вопросов информатизации здравоохранения была разработана и утверждена концепция Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ). Основной целью создания ЕГИСЗ является обеспечение эффективной информационной поддержки процесса управления системой медицинской помощи, а также процесса оказания медицинской помощи.

Данная система позволяет обеспечить решение комплекса задач по следующим направлениям:

1. Повышение эффективности управления в сфере здравоохранения на основе информационно-технологической поддержки решения задач прогнозирования и планирования расходов на оказание медицинской помощи, а также контроля за соблюдением государствен-

Оценка рисков



НЕСОВМЕСТИМОСТЬ ТРАДИЦИОННЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ МЕЖДУ СОБОЙ – ПРЕПЯТСТВИЕ ДЛЯ ЦЕНТРАЛИЗОВАННОГО СБОРА, ОБРАБОТКИ И ОБМЕНА ДАННЫМИ МЕЖДУ МЕДИЦИНСКИМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ



НЕОБХОДИМОСТЬ ОСВОЕНИЯ ВРАЧОМ НЕСКОЛЬКИХ СИСТЕМ, Т. К. ПРИНЦИП «ЕДИНОГО ИНТЕРФЕЙСНОГО ОКНА», ОБЪЕДИНЯЮЩИЙ ВНЕШНИЕ И ВНУТРЕННИЕ ИСТОЧНИКИ ИНФОРМАЦИИ, НЕ РЕАЛИЗОВАН



ПЕРЕГРУЖЕННОСТЬ ТРАДИЦИОННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ ЛИШНИМ ФУНКЦИОНАЛОМ, НЕ ИМЕЮЩИМ НЕПОСРЕДСТВЕННОГО ОТНОШЕНИЯ К ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

ных гарантий по объему и качеству ее предоставления.

2. Повышение качества оказания медицинской помощи на основе совершенствования информационно-технологического обеспечения деятельности медицинских и фармацевтических организаций, их персонала, учащихся медицинских и фармацевтических учреждений, студентов медицинских и фармацевтических средних профессиональных и высших учебных заведений, научно-исследовательских организаций.

3. Повышение информированности населения по вопросам ведения здорового образа жизни, профилактики заболеваний, получения медицинской помощи, качества обслуживания в медицинских организациях, а также осуществления деятельности в сфере здравоохранения на основе обеспечения возможностей электронного взаимодействия с соответствующими уполномоченными органами.

При этом сохраняется проблема межучрежденческого обмена электронными данными, а также постоянного переобучения медицинского работника в случае смены места работы.

Важно ➤ Логичным выходом из данной ситуации является объединение в одном универсальном интерфейсе инструментов и данных различных информационных систем и обеспечение непрерывности и доступности комплексного консультирования всех звеньев здравоохранения ■

Для решения этой задачи необходима принципиально новая система работы с медицинской информацией.

Одним из программных решений, созданных в рамках реализации ЕГИСЗ, стало Электронное рабочее место врача (ЭРМВ ЕГИСЗ). Эта информационная система федерального уровня призвана

объединить в едином интерфейсе доступ ко всем сервисам ЕГИСЗ, необходимым как медицинским работникам, так и сотрудникам профильных органов исполнительной власти.

ЭРМВ

в настоящее время

Федеральный сегмент ЭРМВ ЕГИСЗ, введенный в эксплуатацию в 2013 г., представляет собой интеграционную платформу для сервисов ЕГИСЗ, предоставляемых Министерством здравоохранения Российской Федерации.

ЭРМВ служит для популяризации сервисов, упрощения работы с ними и повышения качества оказания услуг в ЛПУ. Задачи, решаемые ЭРМВ:

- возможность доступа к сервисам ЕГИСЗ из одной точки;
- исключение повторной аутентификации в сервисах, авторизация пользователей в системах;
- расширение стандартного функционала сервисов ЕГИСЗ, оптимизация работы и запросов в системы;
- предоставление собственных ресурсов ЭРМВ для обеспечения повседневной деятельности врача;
- обеспечение простоты интеграции сервисов ЕГИСЗ в ЛПУ.

В настоящий момент версия, находящаяся в эксплуатации, включает в себя следующие модули:

- Модуль «Видеоконференцсвязь» для обеспечения видеоконференцсвязи между пользователями системы, организации консультаций со специалистами, обучения.
- Модуль «Форум» для обеспечения диалога между медработниками для обсуждения насущных проблем, рейтингование медработников, решение сложных медицинских проблем.
- Модуль «Отчетная документация» для оформления документов согласно текущей лечебной деятельности.

- Модуль «Сообщения» для коммуникации между медработниками, системных оповещений и групповых сообщений.
- Модуль «Взаимодействие лекарственных средств» для проверки совместимости назначаемых лекарственных средств.
- Модуль «Библиотека» для обеспечения медперсонала справочной информацией.

Концепция развития ЭРМВ ЕГИСЗ

Дальнейшее развитие системы электронного рабочего места врача и его использование в практической деятельности позволит объединить в едином интерфейсе все внешние и внутренние источники медицинской информации. Это обеспечит комплексное предоставление диагностических данных из всех доступных источников лечащему врачу, при этом отображение информации профилируется адекватно специализации врача – пользователя электронного рабочего места. Таким образом, произойдет объединение в едином диагностическом процессе используемых технологий обработки и анализа медицинской информации для объективного описания состояния организма пациента на разных уровнях.

В отличие от традиционных медицинских информационных систем (МИС), зачастую перегруженных излишним функционалом, не имеющим отношения к непосредственному оказанию медицинской помощи, ЭРМВ разрабатывалось изначально как инструмент врача, то есть весь инструментарий, предоставляемый ЭРМВ, предназначен для поддержки медицинских работников в оказании медицинской помощи, в первую очередь – медицинских работников первичного звена здравоохранения, развитию которого Минздравом России в настоящее время

уделяется огромное внимание. Такой результат будет достигнут при создании внутреннего модуля ЭРМВ, осуществляющего автоматизацию деятельности врача первичного звена, и подключению ЭРМВ к таким сервисам ЕГИСЗ, как ЕСИАиА и ИЭМК.

Помимо предоставления медицинской информации, концепция электронного рабочего места врача подразумевает обеспечение врача соответствующими инструментами для ее обработки и анализа.

В частности, в электронном рабочем месте будут интегрированы соответствующие профилю врача лечебно-диагностические протоколы, будет доступно отслеживание изменений состояния организма пациента в ответ на проводимую терапию.

Для врачей и научных сотрудников, работающих в ЛПУ, будет доступна поддержка планирования, контроля проведения и оценки результатов клинических исследований, в основе которой лежит развитый математический аппарат для работы с медицинскими данными как в лечебно-диагностических (поддержка принятия врачебных решений), так и в исследовательских целях (анализ данных на уровне индивидуального случая, клинического или научного исследования, исследования работы ЛПУ или кластера ЛПУ).

В ходе и при завершении работы с каждым отдельным лечебно-диагностическим случаем, система будет обеспечивать возможность автоматического создания медицинских документов (отчетности) по стандартным формам, а также отправку эпикриза в ИЭМК ЕГИСЗ.

Важно ➤ Внедрение ЭРМВ снизит нагрузку на врачей, повысит эффективность их работы и точность принимаемых ими лечебно-диагностических решений ■

Образование

Технологически организация образовательного процесса решается путем встраивания в электронное рабочее место образовательного модуля, в который будут внесены базовые справочники, содержащие всю необходимую информацию для работы врачей, а также будет осуществлена поддержка механизмов дистанционного повышения квалификации врачей. При разработке соответствующих образовательных программ, данный модуль электронного рабочего места врача может быть использован и в учебных организациях медицинского профиля. Помимо этого, поскольку электронное рабочее место предоставит врачам доступ к федеральным сервисам ЕГИСЗ, они смогут получать информацию из федеральной электронной медицинской библиотеки.

При необходимости будет доступно применение в образовательном процессе технологий дополненной реальности, трехмерной визуализации и прототипирования структур организма в норме и патологии.

Важно ➤ Внедрение электронного рабочего места позволит организовать процесс непрерывного повышения квалификации врачей ■

ЭРМВ как агрегатор диагностической медицинской информации

Как было отмечено выше, в настоящее время Минздравом России уделяется большое внимание развитию первичного звена здравоохранения. Это происходит посредством:

- развития сети офисов врачей общей практики в населенных пунктах с низкой транспортной доступностью;
- оптимизации работы маломощных ЛПУ, работающих в малонаселенных

пунктах, с реализацией альтернативных возможностей обеспечения населения первичной медико-санитарной помощью;

- развития стационарозамещающих технологий, организации дневных стационаров в ЛПУ;
- развития выездных форм оказания медицинской помощи, в том числе с использованием мобильных медицинских комплексов.

В связи с этим остро встает вопрос разработки и внедрения в практику решений, обеспечивающих удаленный сбор медицинской диагностической информации, а также вопрос подготовки персонала, ответственного за ее передачу.

В настоящее время в РФ представлено большое количество приборных аппаратных решений, предназначенных для получения ряда диагностических показателей состояния здоровья пациентов (измерения артериального давления, снятия электрокардиограмм, измерения уровня сахара, оксигенации крови и т. д.).

Несмотря на это до сих пор не существует единой информационной системы, которая отвечала бы за централизованный сбор данных с этих портативных устройств и предоставление медицинским работникам доступа к ним.

Перспективным решением в сложившейся ситуации видится использование федерального сервиса ЭРМВ ЕГИСЗ за счет добавления к нему специализированного модуля, отвечающего за прием медицинских данных с портативных диагностических устройств и их дальнейшую отправку в сервис «Интегрированная электронная медицинская карта» (ИЭМК).

Таким образом, ЭРМВ будет служить системой, позволяющей агрегировать диагностические данные и записывать их в ИЭМК пациента, что в итоге позволит:

- существенно повысить осведомленность врачебного персонала первич-

ного звена за счет постоянного обмена данными с ИЭМК ЕГИСЗ;

- снизить количество ошибок, связанных с внесением и обработкой медицинской информации за счет проведения всех измерений в электронном виде, а также устранить запаздывание информации;
- снизить нагрузку на врачебный персонал первичного звена за счет автоматизации рабочих процессов.

Конечным результатом реализации такого решения станет повсеместное повышение качества оказываемой медицинской помощи первичного звена населению Российской Федерации.

Результат развития ЭРМВ будет заключаться в объединении доступа ко всем федеральным и региональным системам в едином интерфейсном окне, что существенно сократит время на обучение как медицинского персонала, так и пациента,

РЕЗУЛЬТАТ РАЗВИТИЯ ЭРМВ БУДЕТ ЗАКЛЮЧАТЬСЯ В ОБЪЕДИНЕНИИ ДОСТУПА КО ВСЕМ ФЕДЕРАЛЬНЫМ И РЕГИОНАЛЬНЫМ СИСТЕМАМ В ЕДИНОМ ИНТЕРФЕЙСНОМ ОКНЕ, ЧТО СУЩЕСТВЕННО СОКРАТИТ ВРЕМЯ НА ОБУЧЕНИЕ КАК МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА, ТАК И ПАЦИЕНТА, ПОЗВОЛИТ ЭФФЕКТИВНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ВСЕ ФЕДЕРАЛЬНЫЕ И РЕГИОНАЛЬНЫЕ ИНФОРМАЦИОННЫЕ СИСТЕМЫ В ЛЕЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ, НАУЧНОЙ И АДМИНИСТРАТИВНО-ХОЗЯЙСТВЕННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ И ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ.

позволит эффективно использовать все федеральные и региональные информационные системы в лечебном процессе, научной и административно-хозяйственной деятельности, в процессе обучения и повышения квалификации.

В редакции – быстро, выгодно, надежно!



Подпишитесь,
позвонив
по тел.: 8 (495) 937-9082



Сделайте заказ
на сайте
www.proflit.ru



Реклама

Анализ экономической эффективности деятельности городской клинической больницы

ключевые слова

экономическая эффективность, порог рентабельности, тарифы ОМС

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»



Написать автору
WWW.ZDRAV.RU

ВАЖНЕЙШИМИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМИ КОМПЕТЕНЦИЯМИ, КОТОРЫМИ ДОЛЖЕН ОБЛАДАТЬ РУКОВОДИТЕЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ЯВЛЯЮТСЯ ЗНАНИЯ, ПОЗВОЛЯЮЩИЕ ПРИНИМАТЬ ЭКОНОМИЧЕСКИ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫЕ И СОЦИАЛЬНО ВЗВЕШЕННЫЕ РЕШЕНИЯ.

АНАЛИЗ ПЛАНОВЫХ И ФАКТИЧЕСКИХ ОБЪЕМОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ОМС И РАЗМЕРОВ ЕЕ ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ, ПРОВЕДЕННЫЙ С УЧЕТОМ РАСЧЕТНОГО ПОРОГА РЕНТАБЕЛЬНОСТИ, ПОЗВОЛЯЕТ СОСТАВИТЬ ПЛАН ДЕЙСТВИЙ В ОТНОШЕНИИ КАЖДОГО СТРУКТУРНОГО ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ БОЛЬНИЦЫ.

Для целей экономического анализа выделяют две группы показателей: абсолютные, отражающие объем деятельности, доходы, расходы и финансовый результат, и относительные, характеризующие эффективность деятельности.

К системе показателей для измерения экономической эффективности относятся сальдо баланса организации, выручка, прибыль (при оказании платных услуг), заработная плата персонала, рентабельность, порог безубыточности, динамика средних затрат, показатель запаса финансовой прочности, финансовой устойчивости, а также ряд других, которые могут быть проанализированы на основе данных бухгалтерского и управленческого учета.

Способы определения порога рентабельности¹

Для определения финансовой устойчивости медицинской организации необходимо определить «порог рентабельности» (или «самоокупаемости», «безубыточности»). Этот показатель традиционно применяется для экономической оценки деятельности по оказанию платных услуг, однако может быть полезен и для определения окупаемости медицинских услуг по ОМС.

Для расчета порога рентабельности необходима детальная финансово-экономическая информация за определенный период времени и, если в организации не налажен управленческий учет по подразделениям, сбор такой информации вызывает определенные трудности.

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

Таблица 1

**Показатели деятельности ГБУЗ
«Городская клиническая больница»²**

Наименование	План 2013 г.	Факт 2013 г.	% выполне- ния плана
Количество койко-дней	147 630	154 531	104,7
Количество пациенто-дней	5500	7180	130,5
Количество посещений	40 840	39 441	96,5

Для городской клинической больницы (далее – ГКБ), в составе которой есть круглосуточный стационар, поликлиника и дневной стационар, важно использовать учетные единицы, имеющие абстрактный характер, но отражающие «продукт медицинского труда» (который может быть измерен, например, числом пролеченных больных, койко-дней для стационара, пациенто-дней для дневного стационара, посещений для поликлиники).

Приведем пример расчета, используя показатели «количество койко-дней», «количество пациенто-дней», «количество посещений»: их плановые и фактические значения, % выполнения плана (табл. 1).

Один процент приравнивается к одной единице «продукта медицинского труда» – это позволяет одновременно учитывать результаты деятельности стационара, дневного стационара и поликлиники, которые обычно выражаются в трудно сопоставимых показателях.

В нашем случае сумма единиц «продукта медицинского труда» составила 331,7 ед. при плановом значении 300 ед. (100% план по каждому из трех показателей).

Расчет порога рентабельности производится по формуле:

$$\text{Порог рентабельности} = \frac{FC}{P_i - VC_i},$$

где: FC – постоянные издержки;

P_i – себестоимость единицы «продукта медицинского труда» в системе ОМС;

VC_i – переменные издержки на единицу «продукта медицинского труда»;

i – «продукт медицинского труда».

Оценка рисков



ЗАПЛАНИРОВАННЫЕ ОБЪЕМЫ ПОМОЩИ ПО ОМС ЧАСТО ОБЕСПЕЧЕНЫ НЕДОСТАТОЧНЫМ ФИНАНСИРОВАНИЕМ, ЧТО ТРЕБУЕТ ПРИНЯТИЯ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ



ДЛЯ ФИНАНСОВОГО АНАЛИЗА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ НЕДОСТАТОЧНО ДАННЫХ БУХГАЛТЕРСКОГО УЧЕТА, КОТОРЫЕ ДОЛЖНЫ ДОПОЛНЯТЬСЯ ДАННЫМИ УПРАВЛЕНЧЕСКОГО УЧЕТА



РЕШЕНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С УМЕНЬШЕНИЕМ ОБЪЕМА ПОМОЩИ, НЕ ВСЕГДА ВОЗМОЖНЫ ИЗ-ЗА СОЦИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Постоянные издержки FC не зависят от объема деятельности организации, а переменные издержки VC изменяются в соответствии с увеличением или уменьшением количества единиц «продукта медицинского труда».

Для расчета порога рентабельности медицинских услуг по ОМС необходима информация, представленная в табл. 2.

Можно видеть, что фактические суммарные расходы (TC_f) составляют 559 046 190 руб., из которых фактические постоянные издержки (FC_f) – коммунальные платежи, транспорт, услуги связи, содержание имущества, прочие расходы, экологические платежи, закупка основных средств, закупка материальных запасов, прочие, – составляют **187 800 321 руб.**

Фактические переменные издержки (VC_f) – оплата труда, начисления на фонд оплаты труда, продукты питания, медикаменты, мягкий инвентарь – 371 245 869 руб. Тогда переменные издержки на единицу

Таблица 2

**Расходование средств ГKB
в 2013 г. (факт)**

Наименование расходов	Величина расходов ГKB по ОМС за год (руб.)
Оплата труда	246 646 464
Начисления на фонд оплаты труда	65 150 944
Коммунальные платежи	15 000 000
Транспорт	4 010 058
Услуги связи	950 910
Содержание имущества	85 915 980
Прочие расходы	16 087 234
Экологические платежи	383 300
Закупка основных средств	62 451 150
Закупка материальных запасов, прочих	3 002 689
Продукты питания	18 904 178
Медикаменты	39 793 813
Мягкий инвентарь	750 470
Итого Total cost (TC)	559 046 190

Таблица 3

**Показатели деятельности по ОМС
в 2013 г., используемые для расчета
порога безубыточности**

Наименование показателя	Величина показателя (руб.)
Расходы, план (TC)	569 286 545
Количество ед. продукта медицинского труда, план (Q)	300
Плановая себестоимость ед. продукта медицинского труда ($P = TC/Q$)	1 897 621,8
Расходы, факт (TC_f)	559 046 190
Количество ед. продукта медицинского труда, факт (Q_f)	331,7
Постоянные издержки, факт (FC_f)	187 800 321
Переменные издержки, факт (VC_f)	371 245 869
Фактические переменные издержки, на ед. продукта медицинского труда ($VC_f = VC_f/Q_f$)	1 119 221,79

«продукта медицинского труда» (VC_f) составят **119 221,79 руб.:**

$$371\,245\,869 / 331,7 = 119\,221,79.$$

Известно, что плановые расходы ГKB по ОМС в 2013 г. составляли 569 286 545 руб. (табл. 3), а план по объему медицинских услуг – 300 ед. «продукта медицинского труда» (100% по каждому из трех подразделений).

То есть плановая себестоимость единицы «продукта медицинского труда» (P) составляет **1 897 621,8 руб.**

Исходя из этих данных, определим порог рентабельности в натуральном выражении и получим **241,26 ед. «продукта мед. труда» (Q_2):**

$$\frac{187\,800\,321}{1\,897\,621,8 - 1\,119\,221,79}.$$

В 2013 г. ГKB фактически выполнила 331,7 ед. «продукта медицинского труда», а для самоокупаемости должна была выполнить только 241,26 ед.

Казалось бы, «лишние» 90,44 ед. должны были принести прибыль (и компенсировать)

ровать переменных расходов, пошедших на выполнение дополнительного объема услуг).

Однако из Отчета об исполнении учреждением плана его финансово-хозяйственной деятельности следует, что из средств ОМС было фактически израсходовано только 559 046 190 руб. (при плане 569 286 545 руб.). Более того, согласно Отчету, чтобы выполнить 331,7 ед. «продукта медицинского труда», больнице было утверждено 104 072 945,69 руб. для покрытия дефицита средств.

То, что эти средства были израсходованы по целевому назначению, можно подтвердить следующими расчетами.

Вычислим порог рентабельности в денежном выражении по формуле:

$$P \times Q_2 = \\ = 1\,897\,621,8 \times 241,26 = 457\,820\,235,4.$$

Однако, поскольку было выполнено 331,7 ед. продукта медицинского труда (на 90,44 ед. больше плана), дополнительно было израсходовано 101 225 954,8 руб.:
 $559\,046\,190 - 457\,820\,235,2 = 101\,225\,954,8$

Себестоимость дополнительного объема работ составила 101 224 418 руб.:

$$VC_{\text{доп}} \times Q_{\text{доп}} = \\ = 1\,119\,221,79 \times 90,44 = 101\,224\,418.$$

Это *примерно* равно фактическим дополнительным затратам (101 225 954,8 руб.).

Таким образом, для выполнения в 2013 г. объема медицинской помощи по ОМС, отражающего потребность населения, ГКБ нуждалась в выделении дополнительных финансовых средств в сумме *примерно* 101 000 000 руб.

Средств было предоставлено несколько больше данной суммы, поэтому в Отчете есть остаток неосвоенных средств.

Важно ➤ Применяя метод определения порога безубыточности, можно рассчи-

тать необходимый объем финансовых средств для выполнения объема медицинской помощи по ОМС, обеспечивающий безубыточность деятельности ГКБ при существующих тарифах ОМС и потребности населения ■

В нашем случае дефицит финансовых средств не возник бы, если фактический объем оказанной помощи был бы меньше на 90,44 ед. «продукта медицинского труда». Однако такое уменьшение не всегда возможно, т. к. снижает показатель «социальной отзывчивости» учреждения здравоохранения.

Чтобы не использовать в расчете условные единицы («единицу продукта медицинского труда») и сделать расчет более точным, необходимо в каждой медицинской организации наладить управленческий учет по подразделениям: вести раздельный учет расходов и результатов каждого подразделения, делегировать ответственность за конечные результаты деятельности руководителям подразделений.

Важно ➤ Для проведения финансового анализа деятельности каждого подразделения больницы недостаточно только данных бухгалтерского учета. Они должны дополняться данными управленческого учета, что даст возможность рассчитать порог рентабельности стационара, поликлиники и дневного стационара ■

Проведем такой анализ, используя данные планово-экономического отдела за 10 мес. 2014 г.

Расчет порога безубыточности для стационара в составе ГКБ

Используя данные табл. 4, рассчитаем порог рентабельности при оказании медицинских услуг по ОМС в стационаре ГКБ. Полученный результат покажет, какое количество койко-дней должна была

Таблица 4

**Расчет порога рентабельности
медицинской помощи по ОМС
(без учета сумм дотаций)**

Наименование	Фактические данные за период с января по октябрь 2014 г.
Количество койко-дней ($Q_{\text{стац.}}$)	116 483
Переменные издержки ($VC_{\text{стац.}}$), в т.ч.:	188 089 656 руб.
фонд оплаты труда	107 383 734 руб.
начисления на оплату труда	32 429 888 руб.
медикаменты	28 066 476 руб.
продукты питания	19 885 365 руб.
мягкий инвентарь	324 193 руб.
Переменные издержки в расчете на 1 койко-день ($VC_{\text{стац.}}$)	1615 руб.
Постоянные издержки ($FC_{\text{стац.}}$)	67 471 090 руб.
Совокупная себестоимость услуг за период ($TC_{\text{стац.}} = FC_{\text{стац.}} + VC_{\text{стац.}}$)	255 560 746 руб.
Себестоимость 1 койко-дня, за период ($TC_{\text{стац.}} / Q_{\text{стац.}}$)	2194 руб.

планировать ГKB, чтобы быть безубыточной при данном объеме финансирования за период с января по октябрь 2014 г.

Порог безубыточности медицинских услуг (койко-дней) стационара ГKB, работающей в системе ОМС, составит **116 530 койко-дней**:

$$\frac{FC_{\text{стац.}}}{P_{\text{i стац.}} - VC_{\text{i стац.}}} =$$

$$= 67\,471\,090 / (2194 - 1615) = 116\,530.$$

Проанализируем ситуацию. С целью прохождения порога рентабельности плановый объем медицинских услуг в стационаре должен был составить 116 530 койко-дней. Это на 47 койко-дней больше фактически выполненного:

$$116\,530 - 116\,483 = 47.$$

При фактической себестоимости одного койко-дня 2194 руб. (табл. 4) для реализации объема помощи, обеспечивающего прохождение порога рентабельности, стационару были необходимы финансовые средства в размере **255 666 820 руб.**, а фактически было выделено 255 560 746 руб. (т. е. на 106 074 руб. меньше).

Сколько медицинских услуг (койко-дней) соответствует сумме 106 074 руб.? При тарифе ОМС в размере 2194 руб. это чуть более **48 койко-дней**, что примерно равно расчетному недовыполнению объема помощи до порога рентабельности (47 койко-дней).

Таким образом, если бы стационару была бы предоставлена дотация на сумму 106 074 руб., то он выполнил бы еще 48 койко-дней и был бы экономически эффективным (прошел бы порог рентабельности).

С учетом фактически сложившейся длительности пребывания пациента в стационаре (12,9 дня) нужно было бы предоставить медицинскую помощь еще примерно **4 пациентам**, и это вполне достижимый результат.

Мы произвели расчет, имея фактические данные за период 10 мес. 2014 г. Рассмотрим показатели на весь год.

Годовой план на 2014 г. составляет **143 201 койко-день**, а при фактически сложившихся расходах и объемах финансирования по ОМС порог рентабельности для анализируемого стационара составляет **116 530 койко-дней**.

В этом случае сумма недостающих финансовых ресурсов увеличивается: чтобы пройти порог рентабельности, необходимо иметь план 116 530 койко-дней и объем финансирования **255 666 820 руб.**:

$$2\,194 \times 116\,530 = 255\,666\,820.$$

План на 2014 г. выше точки безубыточности на 26 671 койко-день:

$$143\,201 - 116\,530 = 26\,671.$$

После преодоления порога рентабельности все постоянные издержки и переменные издержки на объем помощи до порога безубыточности окупаются. Поэтому для дальнейшего расчета используется только сумма переменных издержек на объем деятельности сверх порога безубыточности, которая составляет 1615 руб.

Таким образом, чтобы выполнить запланированный на 2014 г. объем деятельности стационара в системе ОМС, нужны дополнительные финансовые ресурсы (при прочих равных условиях) в размере **43 073 665 руб.:**

$$26\,671 \times 1\,615 = 43\,073\,665.$$

В сложившейся ситуации возможно несколько сценариев достижения безубыточности стационара:

- сокращение количества дней пребывания пациента на койке и увеличение оборота койки;
- уменьшение годовых объемов планирования койко-дней на 26 671 к/дн.;
- увеличение объемов субсидирования для выполнения плана оказания медицинских услуг по ОМС на 43 073 665 руб.;
- сокращение количества коек с целью сокращения сумм их финансирования;
- сокращение простоя коек и увеличение интенсивности труда медицинского персонала с пропорциональным увеличением их оплаты труда.

Еще одним решением является увеличение тарифов, которые определяют стоимость одного койко-дня.

Важно ➤ Главный врач ограничен в возможности влиять на размеры тарифов ОМС, которые определяются Тарифным соглашением, к согласованию которого он, как правило, не привлекается ■

Финансовая устойчивость стационара может ухудшиться, если в течение года та-

риффы будут пересматриваться в сторону уменьшения, что, к сожалению, часто происходит в действительности.

В нашем примере общий объем финансирования должен составить 314 179 360 руб., что выше порога рентабельности:

$$Q_{\text{план на год}} \times \text{Тариф ОМС} = \\ = 143\,201 \times 2\,194 = 314\,179\,360.$$

Фактически имеется 255 560 746 руб., т. е. разница составляет 58 618 614 руб. или 409,4 руб. за каждый койко-день.

Увеличив цену до 2603 руб., мы выходим на порог рентабельности при годовом плане 143 201 койко-день, однако постоянные и переменные издержки неизбежно возрастут.

Это подтверждает следующий расчет. Сумма переменных издержек составит 231 163 321 руб.:

$$\text{Факт} + \text{Дефицит} = \\ = 188\,089\,656 + 43\,073\,665 = \\ = 231\,163\,321.$$

Переменные издержки в расчете на один койко-день – 1985 руб.:

$$231\,163\,321 / 116\,483 = 1985.$$

Исходя из пропорции планового и фактического числа койко-дней и фактического объема финансирования, плановые общие издержки (ТС) должны составить 314 179 360 руб.:

$$143\,201 \times 255\,560\,746 / 116\,483 = \\ = 314\,179\,360.$$

Осталось рассчитать постоянные издержки (FC) при плановом объеме помощи 143 201 койко-день.

Простым вычитанием их найти нельзя, поскольку изменение одного параметра (например, цены или переменных издержек в расчете на один койко-день влечет изменение другого).

В связи с этим постоянные издержки мы вычислим через формулу порога рен-

табельности и получим 88 498 218 руб. на год:

$$FC_{\text{стац.}} = T \times (P_{\text{i стац.}} - VC_{\text{i стац.}}) = \\ = 143\,201 \times (2603 - 1985) = 88\,498\,218.$$

Следовательно, чтобы выполнить запланированный объем медицинских услуг в количестве 143 201 к/дн., необходимо запланировать постоянные издержки в сумме 88 498 218 руб., переменные издержки в сумме 231 163 321 руб., тариф на один койко-день должен составлять 2603 руб., а переменные издержки в расчете на один койко-день должны быть равны 1985 руб.

Если подставить все эти значения в формулу расчета порога рентабельности стационара, мы получим величину 143 201 койко-день и достигнем самоокупаемости при прочих равных условиях:

$$\frac{FC_{\text{стац.}}}{P_{\text{i стац.}} - VC_{\text{i стац.}}} = \\ = 88\,498\,218 / (2603 - 1985) = 143\,201.$$

В противном случае при данном годовом плане объемов и финансов деятельность в системе ОМС будет убыточной.

Таким образом, управленческие решения главного врача должны быть нацелены на повышение эффективности деятельности стационара, которая измеряется в т. ч. безубыточностью деятельности, т. е. планированием работ на уровне порога рентабельности.

Расчет порога безубыточности для поликлиники в составе ГКБ

Исследуем условия безубыточности медицинских услуг по ОМС для поликлиники в составе ГКБ.

Ориентируясь на данные табл. 5, мы можем рассчитать порог рентабельности, равный 37 479 посещениям:

$$\frac{FC_{\text{n/к}}}{P_{\text{i n/к}} - VC_{\text{i n/к}}} = 4\,759\,865 / (481 - 354) = 37\,479.$$

Таблица 5

Расчет значения точки самоокупаемости медицинских услуг, предоставленных по ОМС поликлиники без учета сумм дотаций

Наименование	Фактические данные за период с января по октябрь 2014 г.
Количество посещений $Q_{\text{n/к}}$	37 284
Переменные издержки $VC_{\text{n/к}}$	13 186 033 руб.
Переменные издержки в расчете на одно посещение $VC_{\text{i n/к}}$	354 руб.
Постоянные издержки $FC_{\text{n/к}}$	4 759 865 руб.
Совокупная себестоимость всех посещений за период $TC_{\text{n/к}} = FC_{\text{n/к}} + VC_{\text{n/к}}$	17 945 898 руб.
Себестоимость одного посещения, равная тарифу ОМС (факт в среднем) $P_{\text{in/к}} = TC_{\text{n/к}} : Q_{\text{n/к}}$	481 руб.

Поликлиника будет безубыточной, если за 10 месяцев 2014 г. выполнит объем медицинских услуг (посещений) в количестве 37 479.

Для этого, исходя из фактического тарифа (сложившегося как средняя величина по всем видам услуг, предоставляемых поликлиникой по ОМС), мы можем определить значение точки безубыточности в денежном выражении, тем самым определив минимальный объем финансовых средств на данный объем медицинской помощи.

$$481 \times 37\,479 = 18\,027\,399.$$

Таким образом, чтобы поликлиника была безубыточной в рассматриваемом периоде, ей необходимо на обеспечение деятельности иметь примерно 18 млн руб. Фактически имеющаяся сумма составляет 17 945 898 руб., что на 81 501 руб. меньше требуемого.

За рассматриваемый период поликлиника выполнила объем медицинской помощи в количестве 37 284 посещений,

а для того, чтобы быть самокупаемой, ей нужно выполнить 37 479 посещений (на 195 посещений больше).

Плановые объемы на весь 2014 г. составляют 42 065 посещений (что превышает необходимый с точки зрения безубыточности объем помощи на 4586 посещений).

Чтобы не увеличивать убытки поликлиники в размере 81 501 руб., необходимо уменьшить план посещений на 4781 посещение в будущем 2015 г. (если объемы финансирования и тарифы останутся прежними, на уровне 2014 г.)

Важно ➤ В этих экономических условиях рациональным решением главного врача, направленным на сокращение убытков и достижение точки самокупаемости, было бы уменьшение расходов на содержание поликлиники за счет оптимизации труда имеющихся медицинских кадров и реорганизации поликлиники в консультативный центр стационара ■

Совершенно отказываться от поликлинического звена не только невозможно, но и экономически нецелесообразно, поскольку именно здесь формируется «заказ» на услуги стационара.

Расчет порога безубыточности для дневного стационара в составе ГКБ

С точки зрения самокупаемости дневной стационар является экономически оправданным подразделением ГКБ.

Это доказывают расчеты, представленные в табл. 6. Точка самокупаемости равна 5340 пациенто-дней за период:

$$\frac{FC_{\text{дн.стац.}}}{P_{\text{дн.стац.}} - VC_{\text{дн.стац.}}} = 5340$$

Таблица 6

Расчет значения точки самокупаемости медицинских услуг, предоставленных по ОМС дневным стационаром без учета сумм дотаций

Наименование	Фактические данные за период с января по октябрь 2014 г.
Количество пациенто-дней $Q_{\text{дн.стац.}}$	5326
Переменные издержки $VC_{\text{дн.стац.}}$	3 232 157 руб.
Переменные издержки в расчете на 1 пациенто/день $VC_{\text{дн.стац.}}$	607 руб.
Постоянные издержки $FC_{\text{дн.стац.}}$	832 976 руб.
Совокупная себестоимость пациенто-дней за период $ТС_{\text{дн.стац.}} = FC_{\text{дн.стац.}} + VC_{\text{дн.стац.}}$	4 065 133 руб.
Себестоимость одного пациенто-дня, равная тарифу в системе ОМС (факт в среднем) $P_{\text{дн.стац.}} = TC_{\text{дн.стац.}} : Q_{\text{дн.стац.}}$	763 руб.

Необходимое для достижения порога безубыточности число пациенто-дней должно быть 5340 пациенто-дней, а фактически оно составляет 5326 пациенто-дней (на 14 пациенто-дней меньше). Это свидетельствует о небольшом убытке в рассматриваемый период (10 682 руб. за 10 месяцев).

План 2014 г. требует выполнения 5665 пациенто-дней за год. Тогда, при существующих тарифах ОМС, объем финансирования в 2014 г. дневного стационара должен составлять 4 322 395 руб., а по итогам 10 месяцев он уже составил 4 065 133 руб.

Фактическое среднее число пациенто-дней – 533 в месяц, для прохождения точки безубыточности за период 10 месяцев нужно выполнять 534 пациенто-дня в месяц, а по годовому плану на 2014 г. – 472 пациенто-дня в среднем в месяц.

Эти данные свидетельствуют о выполнении плана объемных показате-

лей, исчисляемых в пациенто-днях, что создает угрозу убытков.

Таблица 7

**Расчет значения точки
самокупаемости услуг
параклиники**

Важно ➤ Экономически целесообразным было бы решение главного врача ориентировать коллектив на выполнение плана без превышения объемных показателей (если не ожидается дополнительное финансирование данной деятельности ГКБ) ■

**Расчет порога безубыточности
для параклинических
подразделений**

Чтобы в целом обеспечить финансовую устойчивость ГКБ, необходимо добиться безубыточности всех подразделений, в т. ч. параклинических.

Расчеты свидетельствуют, что эти подразделения не несут убытков, но и не генерируют прибыли, т. е. финансово устойчивы без резервов роста. Данные табл. 7 подтверждают этот предварительный вывод.

Точка самокупаемости равна 307 услуг за период:

$$45\,932\,700 / (636\,187 - 486\,569) = 307.$$

Фактически параклинические подразделения оказали 307 услуг, и порог безубыточности также равен 307 услугам за период. Эти данные свидетельствуют о самокупаемости и финансовой устойчивости данных подразделений ГКБ.

Таким образом, наиболее благополучными в финансовом отношении являются

Наименование	Фактические данные за период с января по октябрь 2014 г.
Количество услуг Q_n	307
Переменные издержки VC_n	149 376 715 руб.
Переменные издержки $VC_{i.n.}$ в расчете на одну услугу	486 569 руб.
Постоянные издержки FC_n	45 932 700 руб.
Совокупная себестоимость всех услуг за период $TC_n = FC_n + VC_n$	195 309 415 руб.
Себестоимость одной услуги, равная тарифу (факт в среднем) $P_{i.n.} = TC_n : Q_n$	636 187 руб.

дневной стационар и параклинические подразделения.

При существующих в данном периоде объемах финансирования показатели запланированной медицинской помощи стационара и поликлиники нуждаются в корректировке в сторону уменьшения.

Вторым вариантом действий с целью преодоления дефицита финансовых средств собственными силами в этих подразделениях необходимо запланировать достаточный объем платных медицинских услуг, доход от которого стал бы внутренним источником финансирования медицинской деятельности.

(Продолжение следует)

¹ В определении данного термина используются словосочетания: точка самокупаемости, порог рентабельности, порог безубыточности, означающие, что прибыль равна нулю, но по результатам деятельности компенсированы все постоянные и значительная часть переменных затрат организации.

² Здесь и далее данные предоставлены канд. мед. наук доцентом В.В. Бахитовым.

³ В расчет включаются только переменные издержки (расходы), т. к. в точке прохождения порога безубыточности все постоянные издержки (расходы, FC) окупаются, на дальнейшую деятельность в краткосрочном периоде нужны только фактические переменные издержки (расходы, VC).

⁴ Постоянные издержки по подразделениям рекомендуется определить через выявленную пропорцию переменных. В данной больнице переменные расходы сложились в следующем соотношении: стационар 56,7%, поликлиника 4%, дневной стационар 0,7%, параклиника 38,6% от общей суммы переменных издержек VC. Именно в этом соотношении распределяются общие постоянные расходы FC всей ГКБ по ее основным подразделениям, т. е. 56,7% FC стац. : 4% FC п/к : 0,7% FC дн. стац. : 38,6% FC параклиник.

Семинар

Управление кадрами как важнейшая составляющая профессиональной деятельности руководителей сестринского персонала

20 марта 2015 г. | 10:00–17:30 | Москва, ГК «Измайлово»

Лекторы:

Гажева А.В., канд. мед. наук, ученый секретарь ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России

Бершадская М.Б., старший преподаватель кафедры управления сестринским делом Российского университета дружбы народов, г. Москва

В программе семинара:

- Ситуация с кадровым обеспечением отрасли средними медицинскими работниками. Подходы к определению потребности системы здравоохранения в медицинских кадрах
- Предпосылки для пересмотра содержания деятельности среднего медицинского персонала
- Этапы и мероприятия по совершенствованию системы оплаты труда в медицинских организациях. «Эффективный контракт»
- Критерии оценки деятельности среднего медицинского персонала
- Правовые аспекты работы с персоналом, основы трудового законодательства
- Привлечение, подбор, отбор, оценка, удержание персонала
- Мотивированный отказ в приеме на работу; прощание, увольнение по инициативе работодателя
- Должностная инструкция сотрудника
- Применение дисциплинарных взысканий
- Материальная ответственность сотрудников
- Мотивация персонала

Условия участия:

Стоимость: **11 977 руб.** с НДС (включает посещение мероприятия, раздаточный материал (презентации докладчиков, профессиональные журналы), питание)

Внимание! Спеццена для клиентов компании «МЦФЭР» (подписчиков на журналы, пользователей электронных систем) – **10 797 руб.** Ваша экономия – **1 180 руб.**

Важно! Скидка 15% при покупке 2 и более участия от одной организации.
Специальная цена **10 148 руб.** Ваша экономия **1829 руб.**

Реклама

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

Методологические подходы к перспективной оценке потребности населения в медицинских кадрах

Ключевые слова

кадровые ресурсы, оценка, потребность населения

В.И. Шевский,
консультант,

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

кафедра управле-
ния и экономики
здравоохранения
НИУ «Высшая школа
экономики»



Написать автору
WWW.ZDRAV.RU

РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМ КАДРОВЫХ РЕСУРСОВ ПРЕДПОЛАГАЕТ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПОРЯДКА ИХ ПЛАНИРОВАНИЯ И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ. В СТАТЬЕ АНАЛИЗИРУЕТСЯ ДЕЙСТВУЮЩАЯ МЕТОДИКА ПЛАНИРОВАНИЯ КАДРОВЫХ РЕСУРСОВ, ПРЕДЛАГАЮТСЯ НОВЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ, ИМЕЮЩИЕ ЦЕЛЮЮ ОБЕСПЕЧИТЬ ПЕРСПЕКТИВНУЮ ОЦЕНКУ ПОТРЕБНОСТИ ВО ВСЕХ ОСНОВНЫХ КАТЕГОРИЯХ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В УВЯЗКЕ СО СТРУКТУРНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

В распоряжении Правительства РФ от 15.04.2013 № 614-Р «О комплексе мер по обеспечению системы здравоохранения Российской Федерации медицинскими кадрами до 2018 года» предлагается изменить методические подходы к планированию кадров: от определения дефицита на основе расчета потребности для обеспечения необходимых объемов медицинской помощи к методике многофакторного расчета потребности в медицинских кадрах, учитывающей структурные преобразования в здравоохранении, территориальные особенности субъектов Российской Федерации, плотность населения, развитие транспортной инфраструктуры, демографические показатели, развитие государственно-частного партнерства, данные международного опыта.

В ряду мер по совершенствованию планирования кадров до 2018 г. указывается: создание новой методики расчета потребности в медицинских кадрах, разработка новых штатных нормативов.

Поставленные задачи свидетельствуют о том, что стратегия развития кадровых ресурсов меняется. Растет понимание необходимости перехода от экстенсивного наращивания численности врачей к стратегии интенсивного развития с акцентом на оптимизацию структуры кадров. Но пока эта новая стратегия недостаточно конкретизирована, в т. ч. по вопросам планирования кадров.

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

Действующая методика планирования кадров

В целях совершенствования планирования кадров Минздрав России выпустил приказ от 26.06.2014 № 322 «Методика расчета потребности во врачебных кадрах». Методика представляет собой хорошо проработанный документ. В нем принята попытка учесть широкий круг факторов, определяющих потребность в медицинских кадрах. Помимо обычных параметров планирования (объемы медицинской помощи и штатные нормативы на единицу объема), предлагается подход, позволяющий учесть особенности ситуации в субъекте РФ, включая такие характеристики, как половозрастные различия в заболеваемости населения, расположение субъекта в районах Крайнего Севера, плотность населения, удаленность территории от областного (муниципального) центра, уровень оказания

медицинской помощи. Каждый дополнительный параметр оценивается на основе предложенных коэффициентов – по отношению к средней по стране.

Такой методический подход вполне оправдан и заслуживает поддержки. Он позволяет учесть реально существующие региональные различия и скорректировать оценку потребности в кадрах. Менее разработаны, на наш взгляд, общие подходы к оценке совокупной потребности здравоохранения страны в кадровых ресурсах. Наши замечания сводятся к следующему.

1. Методика разработана, как отмечается в документе, «для текущего планирования, выявления недостатка или избытка врачебных кадров и оценки эффективности использования имеющихся врачебных кадров в медицинских организациях государственной и муниципальной системы здравоохранения».

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

То есть речь идет об оценке текущей, а не перспективной потребности в кадрах. Такой подход вполне оправдан для уточнения имеющихся оценок – как общих, так и по субъектам РФ. Но он не решает проблему преодоления структурных диспропорций в составе кадровых ресурсов – между участковыми врачами и узкими специалистами, работниками стационаров и поликлиник, врачами отдельных специальностей, врачами и средним медицинским персоналом, нерационального соотношения медицинского и немедицинского (прочего) персонала и проч.¹

Между тем вышеупомянутое распоряжение Правительства РФ предусматривает изменение методических подходов к планированию кадров, нацеленное на преодоление структурных диспропорций.

Предложенная Методика, по сути дела, исходит из того, что имеющиеся диспропорции в составе кадровых ресурсов исчезнут в результате изменений в структуре оказания медицинской помощи. Но справедливость такой предпосылки не является очевидной.

Данные за предыдущие годы свидетельствуют об обратном. Так, доля занятых врачебных должностей стационарного сектора в общем числе врачебных должностей за последние 20 лет выросла с 43,6 до 47%, несмотря на значительное снижение объемов стационарной помощи в расчете на одного жителя (на 35%) и смещение части медицинской помощи на амбулаторный этап².

Для преодоления этой и прочих диспропорций требуется управленческое воздействие на структуру кадров, планирование изменений в этой структуре, как это делается во многих западных странах в рамках политики кадрового маневра.

Кроме того, сдвиг медицинской помощи из одного сектора здравоохранения в другой предполагает перераспреде-

ние функций врачебного персонала, а значит, и корректировку нормативов его нагрузки. Например, перемещение больных из стационаров в поликлиники означает расширение объема деятельности имеющихся поликлинических врачей. Это должно вести к разукрупнению участков – увеличению числа участковых терапевтов, сокращению уровня совместительства врачей амбулаторного звена. Методика не предлагает решения этой проблемы.

Важно ➤ Необходима оценка плановой потребности в отдельных категориях врачей под влиянием структурных изменений в здравоохранении ■

Для этого, в свою очередь, нужна оценка влияния структурных сдвигов в оказании медицинской помощи на потребность в кадрах, например, оценка влияния сокращения длительности госпитализации на потребность во врачах, численности участковых врачей по мере разукрупнения участков, численности врачей общей практики – в связи с необходимостью укрепления первичного звена здравоохранения.

Эти вопросы остались за рамками данной Методики. То есть декларируемая цель «оценки эффективности использования имеющихся врачебных кадров в медицинских организациях государственной и муниципальной системы здравоохранения» осталась нереализованной.

2. К сожалению, в Методике не нашел отражения ключевой элемент планирования кадров – штатные нормативы. От их значений зависят результаты оценки – и дефицит, и профицит кадров. В последние годы была предпринята попытка установить новые штатные нормативы, основываясь на разработанных порядках оказания медицинской помощи. Эти нормативы практически не обсуждались с медицинской общественностью (на сайте

Минздрава с ними можно было познакомиться только в течение нескольких недель), но затем новые нормативы вновь появились в письме Минздрава России от 25.12.2012 № 11-9/10/2-5718 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов».

Важно ➤ Новые нормативы существенно увеличивают необходимое число врачей большинства специальностей по сравнению с прежними нормативами. Так, для стационарной помощи число коек на одну врачебную должность снизилось на 70–100%, т. е. врачей нужно существенно больше, чем сейчас ■

На первый взгляд новые нормативы преследуют благую цель: если ощущается дефицит врачей ряда специальностей, выражающийся в очередях, дефиците времени, отводимым врачом для общения с пациентом, то следует увеличить число врачебных должностей и вслед за этим число врачей.

Однако при расчете нормативных значений нужно также принимать во внимание действие факторов, которые снижают потребность во врачебных кадрах. Наиболее важные из них – появление более эффективных лекарственных средств, информатизация здравоохранения, замещение врачей средним медицинским персоналом и прочим персоналом, обслуживающим медицинскую технику и обеспечивающим более высокую информативность диагностических исследований.

Нам представляется, что в модернизируемой модели здравоохранения старые нормативы нагрузки врача за редким исключением вполне приемлемы для обеспечения эффективной деятель-

ности врача – при условии изменения в структуре врачебных кадров и преодоления существующих структурных диспропорций.

Мы предлагаем взять за основу старые штатные нормативы с небольшой корректировкой, определяемой группой специалистов, – пока без углубленного анализа. Одновременно начать работу по серьезному обоснованию штатных нормативов на федеральном уровне – с использованием современных методов их расчета. По мере появления новых нормативов целесообразно корректировать Методику.

3. В целом можно приветствовать попытку декомпозировать состав врачебных кадров путем введения групп персонала (лечебная группа, группа усиления, параклиническая группа). Но с определенными оговорками.

Необходимость такого разделения более или менее обоснована для раздельного планирования основного и параклинического персонала («лечебной» и «параклинической» группы), поскольку значение последней группы возрастает и соответствующие работники выполняют специфические функции. Их численность действительно нужно планировать отдельно. Но вызывает сомнение оправданность выделения так называемой группы усиления, куда входят врачи-консультанты, заведующие отделениями, дежурные врачи и проч., т. е., по существу, те же самые врачи «лечебной группы»: сегодня они действуют как обычные врачи, завтра – как консультанты и дежурные врачи, а заведующие отделениями выполняют лечебную работу (помимо административно-организационных функций).

Предлагаемая раздельная оценка их числа неизбежно даст двойной счет – хотя бы в силу сложности статистической фиксации статуса врачебной деятельности (трудно разделить время

специалистов «группы усиления» на выполнение административных и лечебных функций. К тому же такое разделение сильно запутывает и усложняет процесс планирования.

4. В алгоритме расчета потребности в медицинских кадрах целесообразно «собрать вместе» вопрос о дневных стационарах. Они фигурируют и в отдельной колонке, и в колонках по амбулаторной и стационарной помощи. Помимо этого технического вопроса, важно определиться с принципиальным вопросом: в какой мере для оказания услуг дневного стационара можно использовать персонал других подразделений медицинского учреждения? Представляется, что значительным резервом снижения потребности во врачебных кадрах служит модель организации работы дневного стационара, при которой ведение значительной части пациентов в дневном стационаре осуществляется основными лечащими врачами участковой службы и специализированных подразделений поликлиники, а также персоналом больничных отделений.

Важно ➤ Предложенный в анализируемой Методике подход является еще одним проявлением господствующего подхода к планированию кадров – каждая дополнительная функция (даже не очень значительная) предполагает наращивание дополнительных должностей ■

5. Непонятно, почему кадры федеральных и частных учреждений включаются в одну группу и для регионов с высокой долей таких организаций предлагается одинаковый повышающий коэффициент (1,12)? Возможно, для федеральных учреждений это разумно (в силу более высокой трудоемкости оказываемых в них услуг), но для частных организаций более вероятна противоположная тенденция трудосбережения. Здесь, ско-

рее всего, коэффициент должен быть с более низким знаком.

Важно ➤ Представляется более целесообразным несколько другой алгоритм планирования врачебных кадров по формам собственности – сначала определяется общая потребность, независимо от формы собственности, а затем планируется численность врачей в учреждениях, подведомственных региональному органу управления здравоохранением, как разница между общей потребностью и имеющейся (или прогнозируемой) численностью врачей в федеральных учреждениях и частных медицинских организациях ■

Но самое главное состоит в том, что Методика сконцентрирована на оценке только врачебных ресурсов, что явно недостаточно, учитывая ожидаемые изменения в разделении труда между врачебным и средним медицинским персоналом. В концептуальных документах Минздрава планируется изменение соотношения врач – средний медицинский персонал с 1:2 до 1:3, причем уже в ближайшие 2–3 года. Методика оставляет этот вопрос вне рамок рассмотрения. Поэтому оценки потребности во врачах в ближайшие годы, скорее всего, будут завышены. Представленный далее алгоритм прогнозирования кадровых ресурсов является попыткой решить проблему комплексного планирования всех категорий работников здравоохранения.

В целом следует констатировать, что Методика является документом, на основе которого можно считать только текущую потребность во врачебных кадрах и дифференцировать ее в разрезе отдельных регионов страны.

Важно ➤ Методология оценки прогнозной потребности во врачебных кадрах (не говоря уж о кадрах вообще) остается неясной ■

Концептуальные подходы к прогнозированию кадровых ресурсов

При всей важности текущего планирования кадровых ресурсов длительный цикл их воспроизводства требует разработки методов прогнозирования потребности в кадрах, учитывающих предполагаемые изменения в системе оказания медицинской помощи, новое разделение труда между отдельными профессионально-квалификационными группами, а также влияние новых медицинских технологий. Прогнозный период должен охватывать как минимум один-два цикла воспроизводства кадровых ресурсов, чтобы обеспечить возможность своевременной коррекции политики подготовки медицинских кадров и межсекторального кадрового маневра.

Важно ➤ Прогнозная оценка отличается тем, что в отличие от текущей оценки используются не отчетные значения исходных данных и действующие нормативы, а предварительно спрогнозированные значения входящих в алгоритм оценки элементов ■

Кроме того, прогнозирование потребности в кадрах включает факторы, которые можно проигнорировать при расчете текущей потребности, но необходимо учитывать при оценке прогнозной потребности.

Основополагающими факторами, определяющими потребность в кадровых ресурсах здравоохранения, являются:

- заболеваемость населения;
- объемы и структура необходимой медицинской помощи;
- разделение труда между отдельными категориями работников;
- организация оказания медицинской помощи.

С учетом этих факторов расчет потребности в кадровых ресурсах делится на следующие укрупненные этапы:

- прогнозирование уровня и структуры заболеваемости населения;
- прогноз числа медицинских услуг и объема медицинской помощи на оцениваемый период;
- расчет объемов оказания медицинской помощи, необходимых для лечения определенных заболеваний (удельных затрат медицинской помощи на одно заболевание),
- определение потребности во врачах клинических специальностей с учетом необходимых объемов медицинской помощи;
- определение потребности в кадрах остальных профессиональных групп (врачей диагностических и вспомогательных служб, среднего медперсонала, младшего медперсонала, обеспечивающего технического и административного персонала), исходя из прогнозируемых показателей соотношения между числом врачей клинических специальностей и остальных категорий работников здравоохранения;
- корректировка показателей потребности в кадровых ресурсах на основе сценарных подходов в отношении различных вариантов значений необходимых объемов медицинской помощи, структурных сдвигов между отдельными секторами здравоохранения и медицинскими службами, показателей соотношения между числом врачей и остальных категорий работников здравоохранения.

Прогнозирование уровня и структуры заболеваемости населения

Заболеваемость (распространенность заболеваний) – это совокупность всех имеющихся среди населения заболеваний, как впервые выявленных в данном календарном году, так и зарегистрированных в предыдущие годы, но по

поводу которых больной вновь обратился в данном году (регистрируется по всем статистическим талонам уточненных диагнозов по учетной форме 025-2/у).

Важно ➤ Для более точного расчета объемов необходимой медицинской помощи и соответственно потребности в кадровых ресурсах методы прогноза общей заболеваемости должны ставить своей целью не только прогнозирование общей заболеваемости по обращаемости, но и так называемой скрытой заболеваемости (целевые эпидемиологические исследования, массовые осмотры на предмет выявления скрытых заболеваний и т. п.) ■

Методологические сложности использования структуры заболеваемости по классам и группам заболеваний, представленной в Международной классификации болезней, для расчета структуры необходимой медицинской помощи и соответственно структуры врачебных специальностей обусловлены тем, что классификация врачебных специальностей далеко не всегда соответствует перечисленным в ней классам заболеваний и состояний.

Медицинскую помощь при заболеваниях, входящих в тот или иной класс, могут оказывать врачи различных специальностей и, наоборот, врач определенной специальности может оказывать помощь при заболеваниях, входящих в разные классы. Например, лечением заболеваний нервной системы и органов чувств занимаются не только врачи-неврологи, но и нейрохирурги. В то же время врач-невролог оказывает медицинскую помощь не только при заболеваниях нервной системы, но и при сосудистых поражениях мозга, относящихся к классу болезней органов кровообращения.

Важно ➤ Поэтому для прогноза структуры потребности в кадровых ресурсах следует использовать более дифференцированную структуру заболеваемости с учетом деления классов заболеваний и состояний на блоки, рубрики, а порой и на отдельные заболевания и состояния ■

Для целей определения потребности в кадровых ресурсах стационарного сектора, помимо общей заболеваемости, необходимы данные о госпитализированной заболеваемости и ее структуре.

Госпитализируемая заболеваемость – частота всех случаев заболеваний, зарегистрированных у выбывших больных из стационара за данный год (на 1000 населения).

Расчет необходимого числа медицинских услуг и объема необходимой медицинской помощи

Исходные данные:

- численность населения, возрастная структура населения, при необходимости – половая структура населения (по прогнозам государственных органов статистического наблюдения);
- прогнозируемые показатели заболеваемости населения;
- расчетные усредненные показатели частоты предоставления услуг при тех или иных заболеваниях;
- усредненные показатели кратности применения медицинских услуг на 1 случай заболевания;
- расчетные нормы времени врача на оказание одной медицинской услуги.

Предварительно рассчитывается *ожидаемое число заболеваний* как произведение прогнозной численности населения и прогнозного показателя общей заболеваемости населения (болезненности).

Определяется *среднее число медицинских услуг на один случай заболевания* как

произведение расчетного усредненного показателя частоты предоставления услуг и усредненного показателя кратности применения медицинских услуг на 1 случай заболевания.

Важно ➤ При прогнозировании среднего числа медицинских услуг на один случай заболевания следует принимать во внимание постоянное развитие медицинских технологий, влияющих как на частоту, так и кратность оказания медицинских услуг ■

Между тем среднее число медицинских услуг на 1 случай заболевания до недавнего времени не только не прогнозировалось, но и никак не регламентировалось.

Разработка стандартов оказания медицинской помощи и клинических руководств призвана восполнить этот пробел. Стандарты содержат расчетные усредненные показатели частоты предоставления услуг при тех или иных заболеваниях и усредненные показатели кратности применения медицинских услуг на 1 случай их предоставления. Периодический пересмотр этих стандартов создает предпосылки для учета влияния новых технологий на удельные затраты медицинской помощи.

Следует заметить, что первоначальной целью введения в структуру стандартов оказания медицинской помощи показателей частоты предоставления и кратности оказания медицинских услуг была объективизация оценки прогнозируемых объемов медицинской помощи для целей планирования деятельности системы оказания медицинской помощи.

Далее рассчитывается показатель удельных затрат медицинской помощи на 1 случай того или иного заболевания (выраженной в минутах рабочего времени врача) как сумма произведений среднего числа конкретных медицинских услуг на

один случай заболевания и расчетных норм времени врача на оказание одной медицинской услуги.

Расчетные нормы времени врача на оказание одной медицинской услуги (удельные затраты труда врача, измеряемые временем, затраченным на оказание той или иной медицинской услуги) зависят от используемых медицинских технологий, уровня организации его работы, технического и информационного обеспечения. Поэтому по мере внедрения в практику новых медицинских и информационных технологий, медицинской техники и изменения организации труда удельные затраты труда должны пересматриваться.

Расчетные нормы времени на оказание медицинских услуг утверждаются органом государственного управления в сфере здравоохранения. При отсутствии утвержденных норм времени (например, для врачей амбулаторного приема или врачей стационара) они рассчитываются, исходя из утвержденных расчетных норм нагрузки.

При прогнозировании удельных затрат медицинской помощи следует принимать во внимание постоянное развитие медицинских технологий, оказывающих комплексное влияние на частоту предоставления, кратность оказания медицинских услуг и на затраты времени врача на их оказание. Их внедрение иногда носит ресурсосберегающий характер (например, новые лекарственные средства, ускоряющие процесс лечения), но значительно чаще связано с дополнительными затратами труда, поскольку направлено прежде всего на повышение результативности и качества медицинской помощи.

Важно ➤ Отслеживание влияния новых медицинских технологий на трудозатраты представляет собой непростую, но совершенно необходимую задачу ■

Объемы медицинской помощи тесным образом связаны с затратами рабочего времени медицинского персонала. Поскольку центральной фигурой процесса оказания медицинской помощи является врач клинической специальности, а остальные участники этого процесса являются его помощниками, за первичную единицу измерения медицинской помощи целесообразно принять 1 минуту рабочего времени этого врача.

Объем необходимой медицинской помощи при тех или иных заболеваниях, выраженный во времени, необходимым для оказания расчетного числа медицинских услуг, определяется как произведение ожидаемого числа заболеваний и удельных затрат медицинской помощи на 1 случай заболевания.

Важно ➤ На практике в условиях незавершенности разработки необходимого набора стандартов оказания медицинской помощи и невозможности оценки объемов медицинской помощи, выраженных затратами рабочего времени врача, объем медицинской помощи оценивают как произведение численности населения и содержащихся в Программе государственных гарантий бесплатной медицинской помощи (ПГГ) укрупненных нормативов объемов медицинской помощи в расчете на 1 жителя в год ■

Следует заметить, что такой подход неприемлем для расчета объемов диагностической помощи, поскольку соот-

ветствующие нормативы не представлены в ПГГ. Кроме того, определение укрупненных нормативов объемов медицинской помощи на 1 жителя в год в значительной степени основано на фактически оказанных в середине 90-х гг. объемах медицинской помощи и интуитивно-экспертных представлениях того времени. Естественно, в них не учтены результаты внедрения в практику новых медицинских технологий последних десятилетий.

В связи с этим возникает настоятельная необходимость завершения разработки необходимого набора стандартов медицинской помощи, в которых показатели частоты и кратности медицинских услуг должны быть определены с учетом новых технологий и эффективной организации медицинской помощи.

Необходимо преодолеть вынужденный порядок прогнозирования объемов медицинской помощи только на основе имеющихся укрупненных показателей, не учитывающих влияние новых технологий.

Требуется более детальная оценка этих объемов по каждому заболеванию с учетом действия более широкого комплекса факторов.

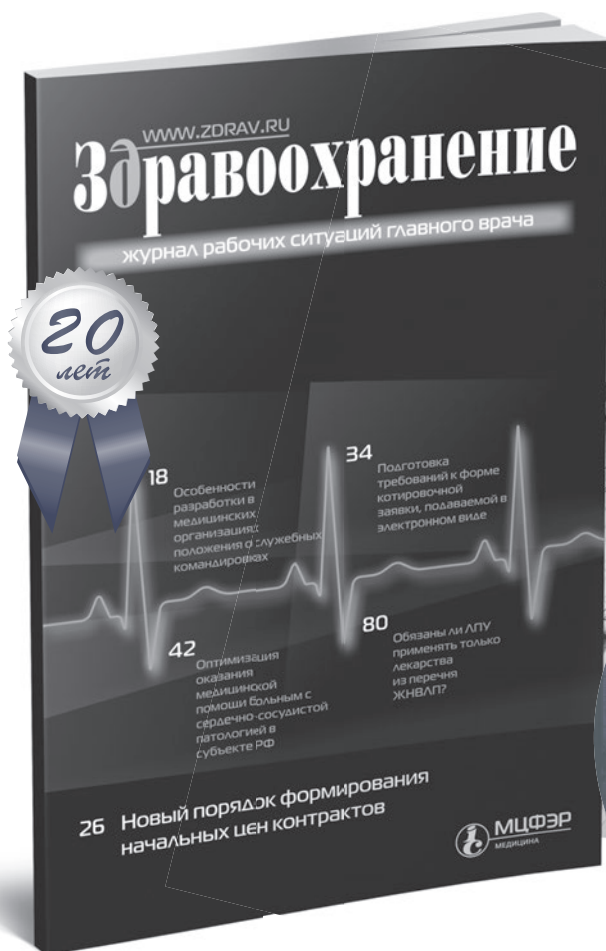
Сегодня оценка динамических трендов по каждому заболеванию практически невозможна. Поэтому важно формировать условия для ее проведения – создавать экспертные группы, накапливать необходимую информацию, проводить детальные расчеты.

(Продолжение следует)

¹ Подробнее см. Шейман И.М., Шевский В.И. Почему в России не хватает врачей? Экономическая политика № 3, 2014 г.

² Там же.

Новый год с любого полугодия



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

Экспертная деятельность в обязательном медицинском страховании: мифы и реальность

ключевые слова

ОМС, медико-экономическая экспертиза, экспертиза качества медицинской помощи

А.Д. Рыжаков,
канд. мед. наук,
ген. директор

А.В. Березников,
д-р мед. наук,
руководитель
Дирекции медицин-
ской экспертизы
и защиты прав
застрахованных
граждан

Н.Ю. Онойко,
гл. специалист
Дирекции медицин-
ской экспертизы
и защиты прав
застрахованных
граждан

С.О. Шкитин,
специалист Дирек-
ции медицинской
экспертизы и защи-
ты прав застрахо-
ванных граждан

ООО «Альфа-
страхование-ОМС»

ОДНОЙ ИЗ ЦЕЛЕЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ РФ В ОБЛАСТИ МЕДИЦИНЫ И ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ, В ЧАСТНОСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ ГАРАНТИРОВАННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЗАСТРАХОВАННОМУ ГРАЖДАНИНУ, ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ, БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАДЛЕЖАЩЕГО КАЧЕСТВА.

К ОСНОВНЫМ ПРИНЦИПАМ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТНЕСЕНЫ ЕЕ ДОСТУПНОСТЬ И КАЧЕСТВО (СТ. 4 ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА ОТ 21.11.2011 № 323-ФЗ «ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»).

В соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Закон № 326-ФЗ) защита прав застрахованных граждан на получение качественной медицинской помощи является ключевой функцией страховых медицинских организаций (СМО).

Данная функция реализуется ими в двух направлениях:

1. По факту нарушений прав граждан (работа с обращениями граждан).
2. Профилактика нарушений прав граждан.

Профилактика нарушений прав граждан заключается в проведении плановых проверок медицинских организаций на предмет оказания ими качественной медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования (ОМС). Порядок организации контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденным Приказом ФОМС от 01.12.2010г. № 230 (ред. от 16.08.2011) обязывает страховые медицинские организации проводить значительное количество медицинских экспертиз, которые служат полноценной репрезентативной выборкой, отражающей качество медицинской помощи в медицинских организациях. В среднем на 1 млн застрахованных граждан страховые медицинские организации проводят порядка 150 тыс. медицинских экспертиз в год.

Реализация на практике принципа доступности и качества оказываемой медицинской помощи контролируется страховыми медицинскими организациями посредством медико-эконо-

ОПЫТ ЭКСПЕРТНОЙ РАБОТЫ В СИСТЕМЕ ОМС, В Т.Ч. ВСТУПИВШИЕ В СИЛУ ПРИГОВОРЫ И ПОСТАНОВЛЕНИЯ СУДОВ РФ, ПОКАЗЫВАЕТ, ЧТО ВЫЯВЛЕНИЕ НАРУШЕНИЙ В ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, В Т.Ч. ОЦЕНКА ПРАВИЛЬНОСТИ ВЫБОРА МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ, СТЕПЕНИ ДОСТИЖЕНИЯ ЗАПЛАНИРОВАННОГО РЕЗУЛЬТАТА И УСТАНОВЛЕНИЕ ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННЫХ СВЯЗЕЙ ВЫЯВЛЕННЫХ ДЕФЕКТОВ ... НЕМЫСЛИМЫ БЕЗ СОПОСТАВЛЕНИЯ ОКАЗАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ С ТРЕБОВАНИЯМИ СТАНДАРТОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ...

А.А. Старченко, заместитель генерального директора ООО «Росгосстрах-медицина»

мической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи, в соответствии с Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденным Приказом ФОМС от 01.12.2010 № 230 (ред. от 16.08.2011).

Важно ➤ Главным звеном в процессе повышения качества оказываемой медицинской помощи в системе ОМС является доведение результатов проведенной медицинской экспертизы до медицинских организаций, с обсуждением выявленных дефектов и формированием конструктивных организационно-методологических выводов со стороны медицинской организации ■

Грамотное использование результатов медицинской экспертизы при управлении качеством медицинской помощи

в медицинской организации приводит к улучшению доступности и качества оказываемой медицинской помощи.

Реализуя принцип «обратной связи», СМО направляют в территориальные фонды обязательного медицинского страхования (ТФОМСы) и органы управления здравоохранением субъектов Российской Федерации служебные записки по результатам проверок крупных лечебных учреждений, что дает системе здравоохранения дополнительную информацию о вневедомственной оценке доступности и качества медицинской помощи в медицинских организациях для последующего ее анализа и принятия соответствующих решений.

Остановимся подробнее на особенностях практической реализации экспертной деятельности в ОМС.

Согласно ст. 40 Законов № 326-ФЗ, № 323-ФЗ, Порядку организации и проведения контроля объемов, сроков, каче-

Оценка рисков



НЕВЫПОЛНЕНИЕ ПОРЯДКОВ, СТАНДАРТОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И СЛОЖИВШЕЙСЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ – ОСНОВНЫЕ ДЕФЕКТЫ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ЭКСПЕРТИЗЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ



НЕДОСТАТОЧНАЯ ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЗАИНТЕРЕСОВАННОСТЬ В ПОВЫШЕНИИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ



ОТСУТСТВИЕ ДЕЙСТВЕННЫХ МЕХАНИЗМОВ ОТВЕТСТВЕННОСТИ АДМИНИСТРАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ЗА НИЗКИЙ УРОВЕНЬ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ЗА НЕУСТРАНЕНИЕ СИСТЕМНЫХ ДЕФЕКТОВ

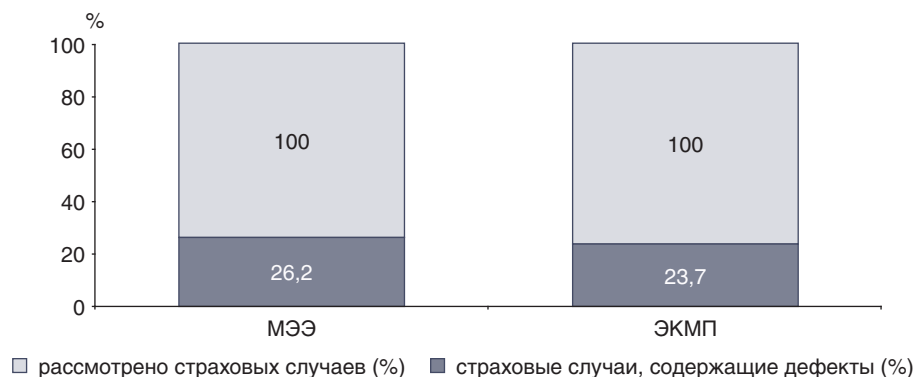


Рис. 1. Процент дефектных случаев по результатам МЭЭ и ЭКМП за 9 мес. 2014 г.

ства и условий предоставления медицинской помощи по ОМС, утвержденному Приказом ФОМС от 01.12.2010 № 230 СМО и ТФОМСы никаких «собственных» требований, к медицинским организациям не предъявляют, система ОМС проверяет в медицинских организациях исполнение Федеральных законов, подзаконных актов.

Для наглядности рассмотрим результаты экспертиз подробнее по данным отчетов формы ПГ (Права граждан) ООО «АльфаСтрахование – ОМС».

Всего за 9 месяцев 2014 г. по результатам медико-экономической экспертизы выявлено страховых случаев, содержащих дефекты, – 26,2%, а по результатам экспертизы качества медицинской помощи – 23,7% (рис. 1).

Структура выявленных нарушений

Остановимся на структуре выявленных нарушений. По результатам медико-экономической экспертизы основными дефектами стали «непредставление медицинской документации», «медицинские услуги, не подтвержденные медицинскими документами», которые в целом составили 37,0%; на остальные дефекты, обусловленные нарушением сроков оказания услуг, необоснованными по-

вторными услугами и т. п., приходится порядка 37,5% (рис. 2).

По результатам экспертизы качества медицинской помощи основными дефектами стали невыполнение порядков, стандартов медицинской помощи и сложившаяся клиническая практика – 66,0%. Из них 42,1% составили дефекты медицинской помощи с негативными экономическими последствиями и неблагоприятными последствиями для здоровья застрахованных граждан (рис. 3).

Важность проведения экспертизы качества медицинской помощи и ее результатов определена, в частности, в ст. 10 Закона № 323-ФЗ, из которой следует, что доступность и качество медицинской помощи достигается исполнением порядков и стандартов медицинской помощи, что позволяет гарантировать гражданину необходимый объем медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

От общего количества нарушений дефекты оформления медицинской документации, препятствующие проведению экспертизы качества медицинской помощи, составили по результатам медико-экономической экспертизы – 25,5%, тогда как при экспертизе качества медицинской помощи – значительно меньше, 17,9%.

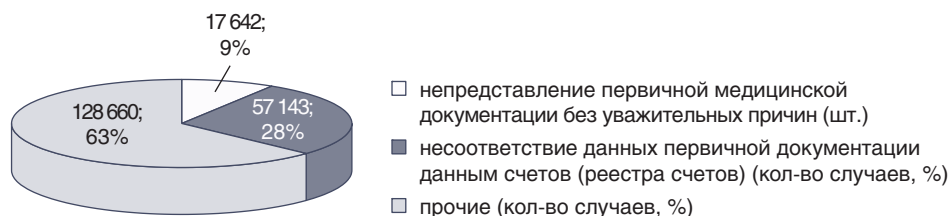


Рис. 2. Основные нарушения, выявленные по результатам МЭЭ за 9 мес. 2014 г.

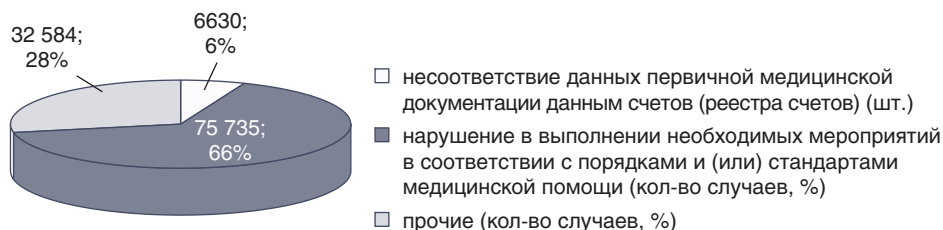


Рис. 3. Основные нарушения, выявленные по результатам ЭКМП за 9 мес. 2014 г.

Санкции по результатам медицинской экспертизы

Остановимся подробнее на санкциях по результатам медицинской экспертизы в ОМС. Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС, утвержденный приказом ФОМС от 01.12.2010 № 230 предусматривает согласование страховыми медицинскими организациями результатов медицинских экспертиз с медицинскими организациями. Согласование возможно как «без разногласий», так и «с разногласиями». Предусмотрена возможность конструктивного двустороннего диалога в данных ситуациях. При этом дана возможность обсуждать результаты в течение 15 рабочих дней. Если за этот срок договоренности не достигнуты, то вступают в силу механизмы, предусмотренные ст. 42 Закона № 326-ФЗ, которые медицинскими организациями в полной мере используются.

ТФОМС при работе с претензиями медицинских организаций проводят повторную экспертизу с привлечением спе-

циалистов высокого класса. Результатом таких реэкспертиз, если страховая компания уже применила санкции, являются штрафные санкции к страховым медицинским организациям со стороны ТФОМС при выявлении случаев необоснованных удержаний денежных средств с медицинских организаций в размере 10% от средств, выделяемых ТФОМС на ведение деятельности страховым медицинским организациям. Это является серьезным «сдерживающим» контрольным механизмом работы СМО в системе ОМС. Данный механизм реально работает, что наглядно демонстрирует количество санкций, предъявленных к СМО ТФОМСами и арбитражная практика.

Если медицинская организация не согласна с решением ТФОМС, то предусмотрено и разрешение подобных споров в судебном порядке, чем нередко на практике пользуются медицинские организации.

Далее речь пойдет об объемах санкций, предъявляемых к медицинским организациям. Если рассматривать суммы санкций не как изолированные суммы, а сравнить

В РЕЗУЛЬТАТЕ ФОРМАЛЬНО-АДМИНИСТРАТИВНЫХ ДЕЙСТВИЙ ОРГАНИЗАТОРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НЕКОТОРЫХ РЕГИОНОВ, КОТОРЫЕ ЗА СЧЕТ АДМИНИСТРАТИВНОГО РЕСУРСА ДОБИЛИСЬ СНИЖЕНИЯ СУММ САНКЦИЙ И ШТРАФОВ ПУТЕМ ИХ ПЕРЕСМОТРА НА ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ СОГЛАСИТЕЛЬНЫХ КОМИССИЯХ, САНКЦИИ И ШТРАФЫ ИЗ-ЗА СВОИХ НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ ПЕРЕСТАЛИ МОТИВИРОВАТЬ РУКОВОДИТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ К КОНСТРУКТИВНЫМ ДЕЙСТВИЯМ, НАПРАВЛЕННЫМ НА АНАЛИЗ, ОБСУЖДЕНИЕ И УСТРАНЕНИЕ НАРУШЕНИЙ В ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.

суммы санкций по результатам медико-экономических экспертиз и экспертиз качества медицинской помощи, предъявленные медицинским организациям за 9 мес. 2014 г., с суммами, полученными медицинскими организациями за медицинские услуги по ОМС, то суммы санкций составят всего 0,2–0,4%. Потеря столь незначительной суммы не может нарушить деятельность организации, тем более сорвать выполнение «дорожных карт» и привести к банкротству.

Согласно настоящей редакции Закона № 326-ФЗ, 70% от сумм санкций и 50% от сумм штрафов возвращаются в систему ОМС (через ТФОМС) и только 30% от сумм санкций и 50% от сумм штрафов остаются страховщику, что составляет не более 0,1% финансирования медицинских организаций.

Важно » В 2015 г. запланировано внесение поправок в Закон № 326-ФЗ, в результате чего произойдет уменьшение отчислений в страховые медицинские организации, а именно: по санкциям – до 15%, по штрафам – до 25%, что, соответственно, уменьшит поступления в СМО от финансирования медицинских организаций ■

Следует подчеркнуть, что суммы, поступающие в СМО, не являются источни-

ком прибыли, а лишь позволяют в определенной мере покрыть расходы на экспертную деятельность СМО, поскольку выполнение требований законодательства и подзаконных актов влекут значительные затраты.

Влияние результатов медицинских экспертиз на КМП

Определим, как влияют результаты медицинских экспертиз, проводимых системой ОМС, на качество медицинской помощи в медицинских организациях. В сравнении с 9 мес. 2013 г., количество случаев с дефектами не претерпело значительного уменьшения: различия в данных с 2014 г. составляет 0,9%, что свидетельствует о сохранении количества страховых случаев с нарушениями в оказании медицинской помощи. Следует подчеркнуть, что уменьшается доля нарушений, связанных с оформлением медицинской документации.

Важно » Причины этого кроются в отсутствии экономической заинтересованности медицинской организации, так как неисполнение порядков и стандартов значительно снижает себестоимость медицинской помощи и позволяет экономить значительную часть средств, получаемых от системы ОМС ■

При этом финансовые санкции за нарушения с экономических позиций минимальны и не сопоставимы с получаемой выгодой. Кроме того, отсутствует личная ответственность администрации медицинских организаций за уровень качества медицинской помощи в медицинской организации.

В период 2013–2014 гг. во многих регионах организаторы здравоохранения за счет административного ресурса добились снижения сумм санкций и штрафов, указанных в нормативных документах, путем их пересмотра на территориальных согласительных комиссиях.

В результате данных формально-административных действий санкции и штрафы, из-за своих незначительных последствий, перестали мотивировать руководителей медицинских организаций к конструктивным действиям, направленным на анализ, обсуждение и устранение нарушений в оказании медицинской помощи, выявленных СМО.

Так, размеры санкций, предъявленных в Брянской области, составили чуть более 0,18% от годового финансирования медицинских организаций по ОМС, схожая ситуация складывается еще в ряде регионов.

СМО, в надежде на конструктивную реакцию заинтересованных структур, реализуя принцип «обратной связи», все материалы своих экспертных проверок доводят до органов управления здравоохранением в субъекте РФ, проводят конференции для врачей и организаторов здравоохранения, посвященные вопросам экспертной деятельности, дефектам медицинской помощи и методам их устранения. Ответные действия по контролю за устранением нарушений при оказании медицинской помощи в медицинских организациях со стороны органов управления здравоохранением имеют место только в некоторых субъектах РФ. Системный подход к данному вопросу можно отметить в Краснодарском крае, Кемеровской и Тверской областях.

Таким образом, экспертная деятельность в ОМС является ведущим механизмом защиты прав и интересов граждан при оказании им медицинской помощи посредством вневедомственного контроля за деятельностью медицинских организаций. Объем контроля позволяет в полной мере судить о частоте, характере допущенных медицинскими организациями нарушений.

Порядка ¼ от объема случаев медицинской помощи, оказанной гражданам РФ, содержит различные нарушения: при медико-экономической экспертизе в половине случаев медицинские организации не мо-

гут подтвердить оказанные услуги медицинскими документами, при экспертизе качества медицинской помощи нарушения связаны с неисполнением порядков и стандартов оказания медицинской помощи. Неисполнение порядков и стандартов в половине случаев ухудшает состояния здоровья пациентов, создает риски обострения заболеваний или развития новой патологии.

Медицинские организации в полной мере реализуют свои права, предусмотренные законодательством РФ при защите своих прав и интересов в системе обязательного медицинского страхования. Санкции на медицинские организации накладываются только за те нарушения, которые признает администрация медицинской организации, либо факт наличия нарушений подтвержден ТФОМС или же имеет место судебное решение.

Медицинские организации не устраняют нарушения при оказании медицинской помощи по ряду причин:

1) значительная экономия средств медицинскими организациями за счет неисполнения Порядков и стандартов, что приводит к снижению себестоимости медицинской помощи;

2) заниженные санкции к медицинским организациям по результатам медицинских экспертиз;

3) отсутствие личной ответственности руководителей медицинских организаций за уровень качества медицинской помощи в медицинской организации;

4) недостаточный контроль за устранением нарушений при оказании медицинской помощи в медицинских организациях со стороны органов управления здравоохранением.

Все это усложняет работу системы ОМС по защите прав и интересов граждан при оказании им медицинской помощи. Устранение данных причин позволит в короткие сроки добиться повышения уровня качества медицинской помощи в медицинских организациях.

Обеспечение безопасности медицинской помощи в многопрофильном стационаре через внедрение системы менеджмента качества

Ключевые слова

система менеджмента качества, ИСО 9000, риск-менеджмент, качество и безопасность медицинской помощи, стандартные операционные процедуры

Е.Ю. Лудупова,
канд. мед. наук,
гл. врач,
заслуженный врач
Республики
Бурятия,

М.А. Денисова,
инженер
по качеству,

ГАУЗ «Республикан-
ская клиническая
больница
им. Н.А. Семашко»
министерства
здравоохранения
Республики
Бурятия, г. Улан-Удэ



Написать автору
WWW.ZDRAV.RU

НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ УСПЕШНОЕ УПРАВЛЕНИЕ ЛЮБОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ И ЕЕ ЭФФЕКТИВНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ МОЖЕТ БЫТЬ ОБЕСПЕЧЕНО ПРИ НАЛИЧИИ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА, РАЗРАБОТАННОЙ ДЛЯ ПОСТОЯННОГО УЛУЧШЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ С УЧЕТОМ ПОТРЕБНОСТЕЙ ВСЕХ ЗАИНТЕРЕСОВАННЫХ СТОРОН.

ВСЕ БОЛЕЕ ШИРОКОЕ РАСПРОСТРАНЕНИЕ В НАШЕЙ СТРАНЕ ПОЛУЧАЮТ СТАНДАРТЫ ИСО 9000 (ISO 9000), ЦЕЛЬ КОТОРЫХ – ОПРЕДЕЛИТЬ ПРИНЦИПЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА, ПОЗВОЛЯЮЩИЕ СУЩЕСТВЕННО ПОВЫСИТЬ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ.

ПРИЧИНЫ ПОПУЛЯРНОСТИ СТАНДАРТОВ ИСО СВЯЗАНЫ С РЯДОМ ПРИЧИН: ВО-ПЕРВЫХ, СТАНДАРТЫ ПРЕДЛАГАЮТ МОДЕЛЬ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ, ОСНОВАННУЮ НА ЛУЧШЕМ МИРОВОМ ОПЫТЕ УПРАВЛЕНИЯ, ВО-ВТОРЫХ, ОНИ НОСЯТ УНИВЕРСАЛЬНЫЙ ХАРАКТЕР И МОГУТ БЫТЬ АДАПТИРОВАНЫ ПОД ЛЮБУЮ СФЕРУ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.

В поисках эффективного решения задач повышения качества оказываемой медицинской помощи руководство Республиканской клинической больницы им. Н.А. Семашко в 2009 г. определило путь построения системы менеджмента качества (СМК) на основе стандартов ИСО серии 9000. Основными причинами внедрения СМК стали:

- 1) обеспечение безопасности оказания медицинской помощи;
- 2) совершенствование контроля качества медицинской деятельности на уровне медицинской организации;
- 3) управление рисками и предупреждение возникновения нежелательных событий;
- 4) рост требований потребителей (увеличение количества жалоб со стороны пациентов, количества судебных исков);

БЕЗОПАСНОСТЬ – СОСТОЯНИЕ, ПРИ КОТОРОМ РИСКИ И УСЛОВИЯ, ВЕДУЩИЕ К ФИЗИЧЕСКОМУ, ПСИХОЛОГИЧЕСКОМУ ИЛИ МАТЕРИАЛЬНОМУ УЩЕРБУ, НАХОДЯТСЯ ПОД КОНТРОЛЕМ В ЦЕЛЯХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ИНДИВИДУУМОВ И ОБЩИНЫ.

Монреальская декларация ВОЗ, 2002 г.

5) наличие конкурентной среды, необходимость повышения конкурентоспособности учреждения;

6) ужесточение требований со стороны контролирующих органов (Росздравнадзора, Роспотребнадзора и др.), страховых компаний;

7) реализация программы модернизации;

8) увеличение объемов оказания ВМП.

Содействие и поддержку при разработке и внедрении принципов СМК оказали Министерство здравоохранения Республики Бурятия и консалтинговая компания «Международный менеджмент, качество и сертификация» (г. Томск).

Успешный опыт внедрения СМК был обусловлен прежде всего тем, что сотрудники РКБ активно изучали положительный опыт внедрения СМК как в медицинских организациях РФ, так и в зарубежных клиниках, перенимая и адаптируя лучшие практики. В течение

четырёх лет в РКБ им. Н.А. Семашко разрабатывалась и внедрялась СМК: осваивались и применялись принципы менеджмента качества и цикл PDCA¹.

В 2013 г. в больнице прошла сертификационная оценка системы менеджмента качества в соответствии с требованиями международного стандарта ISO 9001:2008 аудиторами авторитетного органа по сертификации BSI Management Systems CIS (Великобритания). По результатам аудита был выдан международный сертификат о соответствии действующей системы управления качеством требованиям стандарта ISO 9001:2008.

Результаты внедрения и совершенствования системы стали явными не сразу. Необходимо было время, чтобы персонал привык работать в изменившихся условиях, оценил значимость и возможности СМК. Постепенно пришло осозна-

Оценка рисков



ПРЕБЫВАНИЕ ПАЦИЕНТА В БОЛЬНИЦЕ СОПРОВОЖДАЕТСЯ МНОГОЧИСЛЕННЫМИ РИСКАМИ, УПРАВЛЕНИЕ КОТОРЫМИ ВОЗМОЖНО С ПОМОЩЬЮ ВВЕДЕНИЯ СТАНДАРТИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, НАПРАВЛЕННОЙ НА УНИФИКАЦИЮ СПОСОБОВ ВЫПОЛНЕНИЯ РАБОТ



НЕОБХОДИМОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ БОЛЕЕ СОВЕРШЕННЫХ ИНСТРУМЕНТОВ УПРАВЛЕНИЯ ДЛЯ ЭФФЕКТИВНОГО РЕШЕНИЯ ЗАДАЧ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ



ВНЕДРЕНИЕ РИСК-МЕНЕДЖМЕНТА ТРЕБУЕТ РАЗРАБОТКИ РЕЗУЛЬТАТИВНОЙ МЕТОДИКИ И ПОСТОЯННОГО ОБУЧЕНИЯ ПЕРСОНАЛА

ние того, что СМК способствует повышению медико-экономической и социальной эффективности:

- увеличение числа пролеченных пациентов на 7,4% с 23 770 (2011 г.) до 25 526 человек (2013 г.);
- увеличение количества операций на 5,1% с 12 528 (2011 г.) до 13 200 (2013 г.);
- повышение хирургической активности с 63% (2011 г.) до 68,9% (2013 г.);
- снижение общей летальности на 12%, досуточной – на 25% в 2013 г. по сравнению с 2011 г.;
- уменьшение числа дублирующих анализов на 20% в 2013 г. по сравнению с 2011 г.;
- оптимизация процесса отбора пациентов на ВМП;
- сокращение среднего пребывания пациентов в стационаре с 13 (2010 г.) до 11,6 дня в 2013 г.;
- сокращение предоперационного пребывания в стационаре с трех (2010 г.) до одного дня в 2013 г.;
- уменьшение количества замечаний со стороны контролирующих органов, снижение финансовых санкций (доля штрафных санкций от заработанных финансовых средств за оказанные медицинские услуги: в 2012 г. – 1,8%; в 2013 г. – 0,8%, за 10 месяцев 2014 г. – 0,4%);
- экономия денежных средств за счет оптимизации процессов (например, экономия за счет оптимизации процесса теплового обеспечения);
- перевод младшего медицинского персонала в категорию «прочий персонал» (например, санитарки-буфетчицы организованы в службу питания);
- повышение удовлетворенности пациентов с 59% (2012 г.) до 85% (2013 г.) по результатам опросов и анкетирования;
- развитие партнерских отношений с пациентами (создание школ: «Жизнь после инсульта», «Жизнь на диализе», школа диабета и др.).

Особую роль сыграла СМК в освоении современных сестринских технологий.

В РКБ им. Н.А. Семашко были успешно реализованы проекты по созданию клининговой службы, службы питания, созданию службы централизованного обезболивания, а также введению должности универсальной медицинской сестры.

Основное преимущество данных технологий – их пациентоориентированность, что согласуется с главной идеей стандартов ИСО 9000 – ориентации на потребителя.

С внедрением данных технологий были достигнуты ощутимые как экономические, так и социальные выгоды.

Создание клининговой службы и службы питания осуществлялось путем инсорсинга.

Инсорсинг – это управленческая технология, подразумевающая дополнительное использование человеческих ресурсов организации и заключающаяся в передаче работ внутренним службам, штат которых сформирован из сотрудников организации. Для организации клининговой службы и службы питания основная часть младшего медицинского персонала отделений (санитарки и буфетчицы) была организована в соответствующие службы и наделена соответствующими, четко обозначенными функциями.

Таким образом, с помощью репрофилирования имеющегося персонала, путем перевода младшего медицинского персонала в категорию «прочий персонал», без приема на работу дополнительных сотрудников были сформированы службы питания и клининга. Такой подход способствовал оптимизации штатного расписания отделений.

В результате освоения современных сестринских технологий в целом были достигнуты следующие положительные результаты:

1. С созданием службы централизованного обезболивания до 60 человек со-

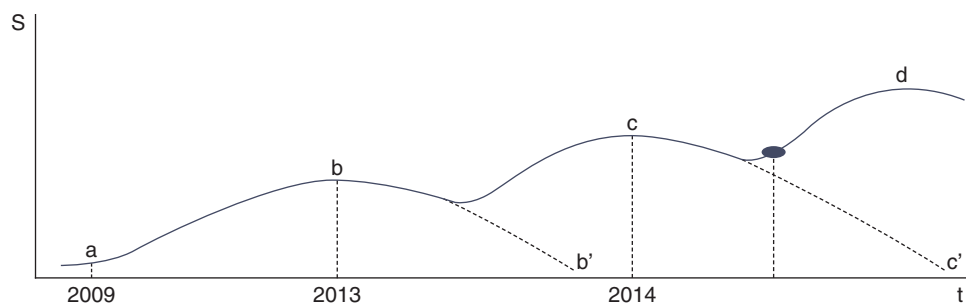


Рис. 1. Этапы развития СМК в РКБ им. Н.А. Семашко

кратился круг сотрудников, работающих с наркотическими средствами, в 8 раз уменьшились расходы на обучение медперсонала, имеющего доступ к наркотическим лекарственным препаратам.

2. С введением должности универсальной сестры до двух часов увеличилось время палатной медсестры для проведения ухода за пациентами, выполнения врачебных назначений и т. д.

3. С созданием клининговой службы улучшились результаты производственного контроля.

Одно из требований стандарта ИСО 9001 – постоянное улучшение системы, т. е. в стандартах изначально заложено непрерывное развитие СМК организации. Но чтобы в полной мере оценить все преимущества и возможности СМК, должно пройти время, и организация должна преодолеть определенные стадии зрелости системы. Только на определенной стадии СМК становится базой для надстройки других инструментов управления. Развитие СМК в РКБ им. Н.А. Семашко представлено на рис. 1.

Преодолев ряд ступеней развития СМК, руководство РКБ пришло к выводу о необходимости применения других инструментов управления, которые способствовали бы дальнейшему развитию СМК и организации в целом. Одним из таких инструментов стал риск-менеджмент (управление рисками), направленный на

обеспечение безопасности оказания медицинской помощи.

Необходимость применения данного инструмента возникла также в связи с тем, что наметилась общая тенденция по обеспечению безопасности медицинской помощи в РФ, в т. ч. и на законодательном уровне. Так, в Федеральном законе от 21.11.2011 № 323-ФЗ² (гл. 12) были определены требования не только к контролю качества, но и к безопасности медицинской помощи. Отдельно закреплено в ст. 87 и 90 осуществление внутреннего контроля качества и безопасности на уровне медицинской организации, возложена ответственность согласно ст. 98 гл. 13 на медицинских и фармацевтических работников за причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании гражданам медицинской помощи.

Важно ➤ Управление риском – многоступенчатый процесс, который имеет своей целью уменьшить и компенсировать ущерб для объекта при наступлении неблагоприятных событий (в медицине – ошибок, дефектов, осложнений лечебно-диагностического процесса)³ ■

Существуют различные подходы к классификации рисков. В организации при разработке методики управления рисками была принята классификация

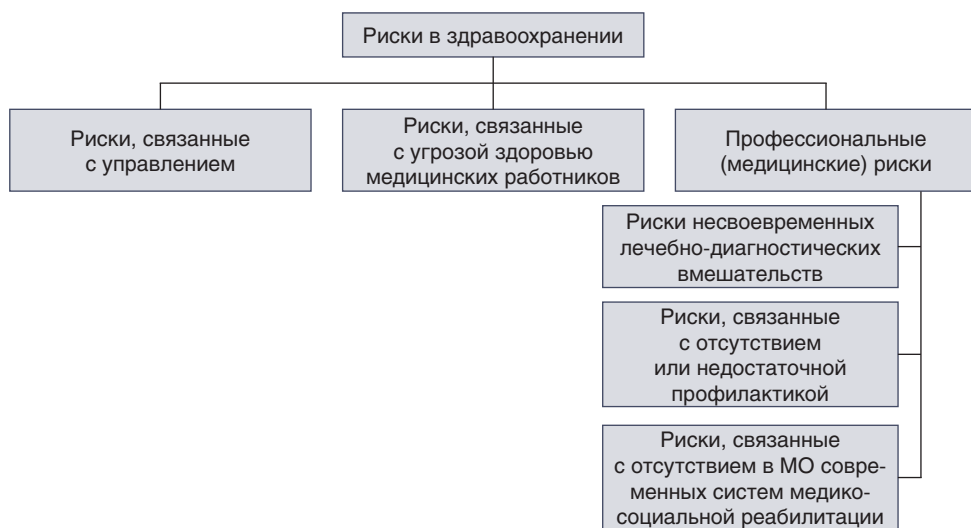


Рис. 2. Классификация рисков в здравоохранении⁴

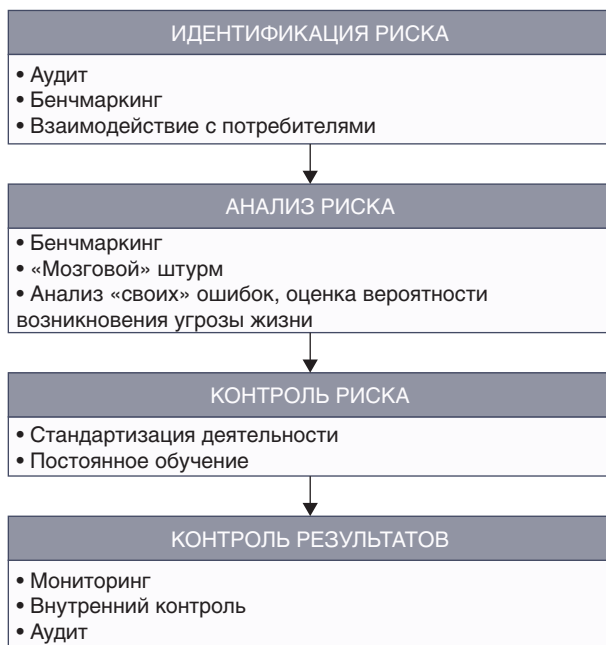


Рис. 3. Методика управления рисками

рисков, предложенная А.И. Вялковым и В.З. Кучеренко (рис. 2).

Для результативного внедрения риск-менеджмента первоначально был осуществлен ряд мероприятий:

- проведено обучение руководящего звена по вопросам управления рисками;
- создана рабочая группа, в функции которой вошло формирование перечня рисков и их анализ, разработка методики управления рисками.

В результате были определены риски, на которые необходимо воздействовать в первую очередь. Были идентифицированы следующие риски:

- инфекционные риски, в т. ч. риск развития инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП);
- риски при проведении манипуляций (процедур) без идентификации пациента;
- риски падения;
- риски при оказании медицинской помощи в первые 24 часа после перевода из ОРИТ или операционной;
- риск выполнения операции не на той части тела или другому пациенту.

Для проведения мероприятий по управлению первоочередными рисками в РКБ им. Н.А. Семашко на базе внедренной системы менеджмента качества была определена методика по управлению рисками.

Принятая в организации методика позволяет системно и результативно управлять каждым риском и включает в себя организацию и проведение последовательных шагов (рис. 3). Шаги реализуются путем применения конкретных инструментов на каждом шаге. При этом воздействие на каждый конкретный риск осуществляется индивидуально, с применением подходящих инструментов.

Методика также была применена при организации деятельности по снижению рисков возникновения инфекций, связан-

ных с оказанием медицинской помощи, в частности инфекций в области хирургического вмешательства.

Применение данной методики позволило получить положительные результаты. Результаты экспертизы историй болезни пациентов, которым оказана высокотехнологичная медицинская помощь, на предмет осложнений свидетельствуют о том, что за последние три года процент осложнений не превысил 1%. Полученный результат находится в рамках нормативно установленных данных для операций первого класса (1–5%)⁵.

Важно ➤ Одним из способов контроля рисков, принятых в организации, стала стандартизация деятельности, направленная на унификацию способов выполнения работ ■

Стандартизация деятельности заключается в разработке и внедрении стандартных операционных процедур (СОПов).

Стандарты различного уровня устанавливают критерии и индикаторы, обеспечивающие качество медицинской помощи, отвечая на вопрос: что нужно делать правильно. Однако стандарты не отвечают на второй и последующие вопросы обеспечения качества: как нужно делать правильно, когда, где и кому. На эти вопросы отвечают документы иного уровня и иной структуры – стандартные операционные процедуры.

Стандартные операционные процедуры (СОП) – документально оформленные инструкции по выполнению рабочих процедур или, иными словами, формализованные алгоритмы выполнения действий, исполнения требований стандартов медицинской помощи⁶.

В организации на настоящий момент разработаны следующие СОПы:

1. СОП «Порядок идентификации пациента».

ПРИМЕНЕНИЕ СМК В КАЧЕСТВЕ ОСНОВЫ УПРАВЛЕНИЯ СПОСОБСТВУЕТ НЕПРЕРЫВНОМУ РАЗВИТИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, АДАПТАЦИИ НОВЫХ, СОВРЕМЕННЫХ ИНСТРУМЕНТОВ УПРАВЛЕНИЯ.

2. СОП «Наблюдение за пациентом в первые 24 часа после перевода из операционной и ОРИТ».

3. СОП «Действия медицинского персонала при возникновении аварийной ситуации».

4. СОП «Порядок забора крови для клинических отделений».

5. СОП «Гигиеническая обработка рук».

6. СОП «Хирургическая обработка рук».

7. СОП «Выполнение чистых перевязок».

8. СОП «Выполнение перевязок при гнойных заболеваниях кожи и подкожной клетчатки».

9. СОП «Генеральная уборка по типу заключительной дезинфекции».

10. СОП «Текущая уборка процедурного кабинета».

11. СОП «Порядок проведения контроля стерильности в отделениях».

12. СОП «Порядок забора крови в процедурном кабинете ЦЛД».

13. СОП «Порядок проведения контроля стерильности в ЦСО».

14. СОП «Проведение процедуры гемодиализа и гемодиализации».

Применение СОПов в организации позволяет отойти от «тройных» стандартов и обеспечить единообразное и последовательное выполнение работ. В конечном итоге такой подход к работе способствует снижению вероятности возникновения рисков оказания медицинской помощи в целом.

Особого внимания заслуживает СОП «Наблюдение за пациентом в первые 24 часа после перевода из операционной

и ОРИТ», который устанавливает порядок работ по наблюдению за пациентом в первые 24 часа после перевода из операционной и ОРИТ. Данный СОП разработан на основе национальных стандартов безопасности и качества в здравоохранении в Австралии (NSQHS).

Наблюдение за пациентом в первые 24 часа особо важно, т. к. сопряжено с высоким риском осложнений. Применение данного СОПа позволяет значительно снизить риски осложнений, своевременно отреагировать на отклонения, принять соответствующие действия.

Сегодня внедрение СМК в медицинских организациях республики определено на уровне минздрава и Правительства Республики Бурятия. В декабре 2012 г. утверждено постановление Правительства Республики Бурятия от 14.12.2012 № 760 «Об утверждении Плана мероприятий по адаптации экономики и социальной сферы Республики Бурятия к условиям членства Российской Федерации во Всемирной торговой организации», в п. 48 которого говорится о «внедрении международной системы управления качеством медицинской помощи ИСО 9000 в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения, оказывающих лечебно-профилактическую помощь населению».

ГАУЗ «Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко» вместе с АУ РБ «РК госпиталь для ветеранов войн» и ООО Медицинский центр «ДИАМЕД» стала одной из первых медицинских организаций, внедривших систему менеджмента качества на соответствие требованиям стандарта ИСО 9001:2008 в Республике Бурятия, еще три государственных медицинских организации находятся на этапе внедрения СМК. В настоящий момент РКБ им. Н.А. Семашко является площадкой для передачи накопленного опыта другими медицинскими организациями республики.

Применение СМК в качестве основы управления способствует непрерывному развитию медицинской организации, адаптации новых, современных инструментов управления.

Но, для того чтобы любой из инструментов «прижился» в организации, необходим ряд условий. Во-первых, это

непрерывное обучение, способствующее более высокой лояльности сотрудников к изменениям в организации и их вовлечению в процесс внедрения инноваций. Вторая составляющая успеха – непрерывный мониторинг эффективности внедряемых инструментов управления.

¹ PDCA (англ. «Plan-Do-Check-Act» – планирование – действие – проверка – корректировка) циклически повторяющийся процесс принятия решения, используемый в управлении качеством.

² Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 31.12.2014) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

³ Кучеренко В.З., Эккерт Н.В. Организационно-управленческие проблемы рисков в здравоохранении и безопасности медицинской практики // ВЕСТНИК РАМН. 2012. № 3.

⁴ Вялков А.И., Кучеренко В.З. Организационно-методические аспекты снижения рисков в медицинской практике // ГлавВрач. 2006. № 2.

⁵ Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 18.05.2010 № 58 «Об утверждении СанПин 2.1.3.2630-10 “Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность”».

⁶ Вялков А.И., Воробьев П.А., Сура М.В., Авксентьева М.В. Стандартные операционные процедуры (СОПы) как один из элементов управления качеством медицинской помощи // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2005. № 7.

Выгодная
подписка
на журнал
на сайте
www.proflit.ru



Реклама



Самостоятельно оформите подписку
на любой период

Оценка технологий здравоохранения на местном уровне

Ключевые слова

медицинские технологии, оценка технологий здравоохранения, управленческие решения

Е.А. Ракина,
АНО «Националь-
ный центр
по оценке техноло-
гий в здравоохране-
нии», г. Москва

О.Ю. Реброва,
д-р мед. наук, проф.
кафедры медицин-
ской кибернетики
и информатики
ГБОУ ВПО «Россий-
ский национальный
исследовательский
медицинский
университет
им. Н.И. Пирогова»
Минздрава
России, г. Москва



Написать автору
WWW.ZDRAV.RU

ПРИ ПРИНЯТИИ РЕШЕНИЙ О ВНЕДРЕНИИ В ПРАКТИКУ НОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ МНОЖЕСТВО РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ.

С ОДНОЙ СТОРОНЫ, НОВОВВЕДЕНИЯ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ОПРАВДАНЫ С КЛИНИЧЕСКОЙ ТОЧКИ ЗРЕНИЯ, ИМЕТЬ НАУЧНЫЕ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ БОЛЕЕ ВЫСОКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПО СРАВНЕНИЮ С УЖЕ ПРИМЕНЯЕМЫМИ ТЕХНОЛОГИЯМИ.

С ДРУГОЙ СТОРОНЫ, ВАЖНО ПРОВЕСТИ ЭКОНОМИЧЕСКУЮ ОЦЕНКУ С ПОЗИЦИЙ «ЗАТРАТЫ – ЭФФЕКТИВНОСТЬ» ИЛИ «ЗАТРАТЫ – ПОЛЕЗНОСТЬ».

С ТРЕТЬЕЙ, НУЖНО ПРИНИМАТЬ ВО ВНИМАНИЕ ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНЫЕ, ЭТИЧЕСКИЕ, ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ДРУГИЕ АСПЕКТЫ.

Как правило, один специалист не может быть экспертом сразу во многих областях и обладать всей полнотой информации. По этой причине в помощь организаторам здравоохранения во многих странах мира создана система оценки технологий здравоохранения (далее – ОТЗ).

Организации, специализирующиеся на ОТЗ, занимаются сбором, анализом и обобщением информации, привлекая при необходимости экспертов в различных областях знаний и прогнозируя результаты тех или иных управленческих решений. В итоге с помощью ОТЗ решения принимаются на основе рациональных аргументов и корректного сравнения, а не исходя из субъективных предпочтений.

Во многих странах система ОТЗ хорошо зарекомендовала себя на национальном уровне. Однако такого рода решения принимаются не только государством, но и в отдельных регионах и в медицинских организациях (далее – на местном уровне).

Очевидно, что на местном уровне нельзя полностью скопировать национальную систему ОТЗ (см. рис.): в регионе или тем более в отдельном учреждении нет таких ресурсов, как у государства. Но даже с учетом меньших возможностей оценка технологий на местном уровне имеет целый ряд преимуществ.

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОРГАНЫ УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ КРАЙНЕ СЛОЖНО ПРИНИМАЮТ РЕШЕНИЯ О ВНЕДРЕНИИ НОВОЙ ТЕХНОЛОГИИ ПО ПРИЧИНЕ ОТСУТСТВИЯ ПОНИМАНИЯ ЕЕ ЗНАЧИМОСТИ В СООТНОШЕНИИ «СТОИМОСТЬ – ВЫГОДА»... МИНЗДРАВ ДОЛЖЕН РАЗРАБОТАТЬ ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО УЛУЧШЕНИЮ МОТИВАЦИИ РЕГИОНОВ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ. ВОЗМОЖНО... В КАЧЕСТВЕ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕГИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПРОВОДИТЬ ОЦЕНКУ ИНДИКАТОРА ВНЕДРЕНИЯ ТАКИХ ТЕХНОЛОГИЙ.

Д.В. Мелик-Гусейнов, канд. фарм. наук,
директор Центра социальной экономики

Это можно увидеть на примере России – стране с очень разнородной демографической, экономической и отраслевой структурой регионов.

Субъекты РФ на порядки различаются по размерам занимаемой территории, по количеству и половозрастному составу жителей, по соотношению городского и сельского населения, по валовому региональному продукту. Остаются значительными различия в тарифах территориальных программ ОМС, в ценах на лекарственные препараты и расходные материалы, в размере заработной платы работников и во многом другом. Очевидно, что в этих условиях не может существовать единственное решение, оптимальное для всех.

Отметим, что если бы решения о внедрении технологий в здравоохранении принимались исключительно на основа-

нии данных об их клинической эффективности, то с некоторыми оговорками они могли бы быть универсальными «и для Твери, и для Сахалина». Но, поскольку такие решения зависят от множества факторов и условий, они специфичны для конкретного региона, района или медицинской организации.

Так, выполняя ОТЗ на региональном уровне, необходимо учесть географические и климатические особенности, транспортную доступность медицинских организаций и наличие влияющих на нее сезонных условий. В результате комплексного анализа может выясниться: то, что выгодно и эффективно для одного региона, может оказаться затратным и неэффективным для другого.

Различные решения принимаются и на уровне конкретных медицинских организаций в пределах одного региона: по-

Оценка рисков



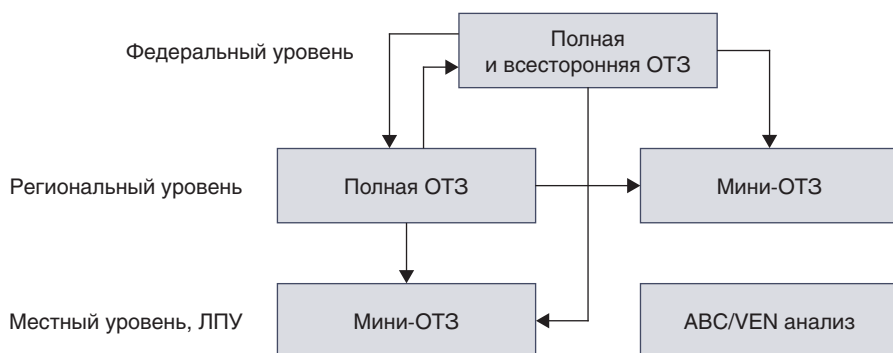
ОТСУТСТВИЕ ОЦЕНКИ ТЕХНОЛОГИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВЕДЕТ К ПРИНЯТИЮ НЕОБОСНОВАННЫХ РЕШЕНИЙ И К НЕРАЦИОНАЛЬНОМУ РАСХОДОВАНИЮ СРЕДСТВ



РЕШЕНИЯ, ОСНОВАННЫЕ НА ОТЗ, НЕ МОГУТ БЫТЬ ОДИНАКОВЫМИ ДЛЯ РАЗНЫХ РЕГИОНОВ ИЛИ ОРГАНИЗАЦИЙ И ДОЛЖНЫ ПРИНИМАТЬСЯ С УЧЕТОМ МЕСТНОЙ СПЕЦИФИКИ



РЕСУРСЫ И ТЕХНОЛОГИИ МИНИ-ОТЗ ОТЛИЧАЮТСЯ ОТ «ПОЛНОМАСШТАБНОЙ» ОТЗ



Возможности ОТЗ на разных уровнях применения
(стрелками указано использование результатов проведенных ранее оценок)

купка одного и того же оборудования может быть выгодна для одной организации (с учетом ее специализации, кадрового состава, потока пациентов) и невыгодна для другой.

В большинстве стран, где практикуется ОТЗ на местном уровне, функционирует национальная система ОТЗ: то есть местная ОТЗ является дополнительной и индивидуализирующей оценкой. В нашей стране ситуация коренным образом отличается – государственная система ОТЗ не создана.

Важно ➤ Решения о внедрении в практику технологий, принимаемые в российском здравоохранении на федеральном уровне, не имеют должной аналитической поддержки и могут оказаться нерациональными ■

Поэтому необходимым условием для того, чтобы на уровне субъекта РФ принимались эффективные решения с прогнозируемым результатом, является создание региональных служб ОТЗ.

При этом отметим, что совершенно необязательно фактическое расположение службы на территории региона. Региональное министерство (департамент, управление) здравоохранения могут об-

ращаться для проведения ОТЗ в уже существующие центры (например, в Центр оценки технологий здравоохранения РАНХиГС¹). Аутсорсинг услуг по ОТЗ может быть удобнее и выгоднее, чем содержание собственного штата экспертов.

Как сказано выше, ОТЗ на местном уровне (региональном, районном, ЛПУ) отличается, во-первых, ресурсами, которые имеются в распоряжении лица, принимающего решение, и, во-вторых, масштабностью вопросов, ответ на которые должна дать ОТЗ.

Если на уровне страны речь может идти о целесообразности включения инновационной медицинской технологии в программу государственных гарантий, то на уровне организации стоит вопрос, приобретать или не приобретать конкретное оборудование. Закономерно, что отличаются и методики, применяемые в ОТЗ на местном уровне.

Для многих учреждений здравоохранения остро стоит вопрос об эффективности финансовых расходов на лекарственные препараты и возможности по сокращению таких расходов без потери качества и объема оказываемой медицинской помощи. Обе задачи можно решить, проведя ABC/VEN-анализ, – метод

давно применяется в российской практике и показал хорошие результаты^{2,3}.

С помощью ABC-анализа определяют, на какие препараты в существующей практике данного учреждения тратится больше всего средств. Цель – выявить те 10–20% наименований, на которые приходится 70–80% всех расходов на лекарства. То есть изменение затрат на приобретение этих препаратов больше всего повлияет на общие расходы медицинской организации.

VEN-анализ позволяет разделить препараты на группы по их клинической значимости (жизненно важные, необходимые и второстепенные).

В ситуации дефицита денежных средств второстепенные препараты не должны составлять значительной доли в общих расходах на лекарства. Поэтому если в результате ABC/VEN-анализа обнаруживаются препараты, которые одновременно попадают в группы А (наиболее затратные) и N (второстепенные), то именно с отказа от использования таких препаратов должна начинаться оптимизация общих расходов на лекарства.

Важно ➤ В некоторых странах для описания ОТЗ на местном уровне используют термин мини-ОТЗ (mini-HTA)⁴, под которым понимают использование особых принципов и инструментов ОТЗ для поддержки принятия управленческих решений на уровне организации ■

Как и в случае «полномасштабной» ОТЗ, целью мини-ОТЗ является предоставление информационной и аналитической помощи лицу, принимающему решения, а оценка ситуации остается мультидисциплинарной и многофакторной.

В некоторых странах в качестве основного инструмента при проведении мини-ОТЗ используются специальные опросники (ответы специалистов помога-

ют руководителю принять верное и обоснованное решение). Например, в Дании в опроснике мини-ОТЗ вопросы разделены на пять групп.

Первая группа вопросов касается того, кем предложена технология для оценки, для чего она предназначена, кто является вовлеченной в процесс стороной.

Вторая группа призвана конкретизировать сведения об оцениваемой технологии. Например, уточняется:

- по каким показаниям будет использоваться технология;
- что предлагается нового по сравнению с уже принятой практикой;
- какой положительный эффект для пациентов предполагается от внедрения данной технологии;
- несет ли технология риск побочных эффектов;
- проводилась ли ранее оценка данной технологии и какие имеются свидетельства ее эффективности;
- является ли технология рекомендованной какими-либо организациями?

Третья группа вопросов посвящена пациентам и касается двух аспектов:

- имеет ли технология какие-либо специфические психологические или этические стороны;
- как она влияет на качество жизни пациента (включая работоспособность и социализацию).

Четвертая группа вопросов посвящена организации. Отвечая на них, эксперты должны рассмотреть:

- как технология влияет на сотрудников с точки зрения условий работы, обучения и информации;
- может ли технология быть внедрена при нынешних материальных условиях;
- как технология повлияет на другие отделения и службы больницы, на сотрудничество с другими больницами, на ситуацию в регионе, поменяются ли пути оказания помощи;

- когда предложение может быть реализовано;
- была ли данная технология реализована в стране или за рубежом.

Последняя, пятая группа вопросов посвящена экономике. Эксперты должны ответить:

- требует ли внедрение новой технологии каких-либо начальных затрат;
- какие экономические последствия от внедрения технологии предполагаются в ближайшие два года;
- каковы будут дополнительные расходы или каким будет снижение расходов от внедрения технологии в расчете на пациента и в расчете на ЛПУ в целом;
- какие факторы могут повлиять на данные расчеты.

Важно ➤ Проведение мини-ОТЗ предполагает максимально возможное использование результатов аналитической работы, проведенной другими организациями: опубликованных систематических обзоров, данных мета-анализа, результатов ОТЗ, других доступных материалов ■

Опишем несколько типичных ситуаций, когда проведение мини-ОТЗ оправдано и выгодно.

Первая: руководству медицинской организации необходимо выбрать одну из двух технологий, для чего их нужно оценить и сравнить.

Стоит учесть, что даже при одинаковой ОТЗ решение руководителей разных организаций может быть разным. Например, для одной организации, не имеющей «свободных» денежных средств, принципиально отсутствие «стартовых» расходов и снижение общих расходов в будущем. Для другой организации, имеющей средства для инвестиций, важным является повышение эффективности лечения по сравнению с используемой, и возможен умеренный рост расходов

на новую технологию. Очевидно, что решения двух руководителей будут разными (хотя информационную поддержку со стороны службы ОТЗ они получили одинаковую).

Вторая ситуация: покупка нового оборудования.

Нередко при покупке нового оборудования в расчет принимается только его цена. Благодаря ОТЗ можно корректно оценить необходимую мощность оборудования, «пропускную способность», затраты на расходные материалы и обслуживание, учесть необходимые «стартовые» затраты. Кроме того, правильно проведенная мини-ОТЗ учитывает стоимость установки оборудования, обучения персонала, возможные потери от простоя отделения при монтаже оборудования, многие другие факторы.

Мини-ОТЗ перед покупкой оборудования позволяет принять рациональное, а не спонтанное решение под воздействием рекламы, привычек персонала, практики соседней организации и т. п.

Третья ситуация: появление новой медицинской технологии, которую можно внедрить вместо уже существующей и оплачиваемой из общественных средств.

В мире такие вопросы обычно решаются проведением «полномасштабного» ОТЗ на уровне государственного агентства. Однако в России такого агентства пока нет, поэтому часть подобных вопросов должна решаться на региональном уровне (напомним, что региональные органы государственной власти имеют полномочия по дополнению федеральной программы государственных гарантий).

Важно ➤ Внедрение на региональном уровне более современной медицинской технологии взамен устаревшей позволяет сэкономить деньги ОМС при выпол-

нении программы госгарантий – например, за счет сокращения сроков стационарного лечения или уменьшения числа осложнений ■

Например, в федеральную программу госгарантий входит хирургический аборт, но не входит медикаментозный, притом что медикаментозный аборт стоит дешевле⁵, а количество осложнений после него значительно меньше.

Приняв решение оплачивать медикаментозный аборт, регион экономит средства на проведении процедуры, а также на лечении осложнений хирургического аборта.

Для государственных учреждений здравоохранения региональное решение проводить за счет средств ОМС медикаментозный, а не хирургический аборт может привести к притоку пациенток из «коммерческого сегмента» и к повышению уровня дохода. Кроме того, поскольку медикаментозный аборт проще, требует меньших трудозатрат, может высвободиться время сотрудников.

Результаты мини-ОТЗ могут стать аргументом при принятии решений на более высоком уровне – когда региональные специалисты привлекаются к подготовке решений на уровне государства, они смогут использовать мини-ОТЗ для обоснования своей точки зрения.

Поскольку в сложившейся экономической ситуации многие регионы и медицинские организации окажутся в достаточно сложных условиях работы, проведение ОТЗ и оптимизация расходов становятся острой необходимостью.

Важно ➤ Даже в тех случаях, когда нужна «полномасштабная» ОТЗ, но ее проведение невозможно (например, нет средств), следует проводить мини-ОТЗ – в любом случае это лучше, чем принимать решение без какой-либо аналитической поддержки ■

В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРОВЕДЕННОЙ В ПОСЛЕДНИЕ ГОДЫ РЕФОРМЫ БЮДЖЕТНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ БОЛЬШИНСТВО ЛПУ ПОЛУЧИЛО ЗНАЧИТЕЛЬНО БОЛЬШУЮ ФИНАНСОВУЮ СВОБОДУ В РАСПОРЯЖЕНИИ СРЕДСТВАМИ, НО ВМЕСТЕ С ЭТИМ И БОЛЬШУЮ ФИНАНСОВУЮ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ. В ТАКОЙ СИТУАЦИИ, КОГДА ЛПУ МОЖЕТ БЫТЬ ЛИШЕНО ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ФИНАНСОВОЙ ПОМОЩИ СО СТОРОНЫ ГОСУДАРСТВА, ОСОБЕННО ВАЖНО ТРАТИТЬ СРЕДСТВА РАЦИОНАЛЬНО И ПРАВИЛЬНО ПРОГНОЗИРОВАТЬ ПОСЛЕДСТВИЯ ПРИНЯТЫХ РЕШЕНИЙ.

Без проведения подобного мультидисциплинарного анализа любое решение будет односторонним, например, учитывающим в большей степени клинические или экономические аспекты или вопросы стратегического развития. Проведение мини-ОТЗ позволяет учесть разные аспекты этого сложного взаимодействия.

Руководитель медицинской организации может использовать результаты мини-ОТЗ в качестве аргумента при решении вопроса об оплате той или иной медицинской технологии из средств регионального бюджета (прозрачность этих аргументов позволяет в том числе доказать отсутствие коррупционной составляющей при закупках).

В результате изменения правового статуса бюджетных учреждений (с принятием Федерального закона № 83-ФЗ) их руководители получили значительно большую свободу в распоряжении финансовыми средствами, но вместе с этим и большую ответственность. В такой ситуации особенно важно тратить средства рационально и правильно прогнозировать последствия принятых решений.

Снижение затрат федерального бюджета на здравоохранение и увеличение доли затрат региональных бюджетов в условиях прогнозируемого общего ухудше-

ния экономической ситуации и роста инфляции может привести к дополнительному дефициту средств на выполнение программы государственных гарантий.

Возможно, что все больше решений о расходах будет приниматься на регио-

нальном уровне и преимущество получат те регионы и медицинские организации, чьи решения будут самыми взвешенными и обоснованными.

Одно из условий принятия таких решений – проведение ОТЗ на местном уровне.

¹ <http://www.hta-rus.ru/> дата изыятия 15.01.2015.

² Лапочкин О.Л. Экспертиза лекарственного обеспечения в детской психоневрологической больнице. «Медицинские технологии. Оценка и выбор» № 2, 2010.

³ Аронов Л.С., Богачева Н.С., Ивжиц М.А. Оптимизация использования лекарственных средств с применением ABC- и VEN-анализа в практике городского стационара. «Медицинские технологии. Оценка и выбор» № 1, 2012.

⁴ http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/publ2005/centv/mini_mtv/introduction_mini_hta.pdf дата изыятия 15.01.2015.

⁵ Кирбасова Н.П. Аборт щадящий. Медикаментозное прерывание беременности: экономические и организационные аспекты. Status Praesens, № 1 (4), 2011.

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.

Особенности работы с персональными данными в медицинской организации при использовании сети Интернет

ключевые слова

персональные данные,
защита информации

А.П. Столбов,
д-р техн. наук, проф.
Высшей школы
управления
здравоохранением,
ГБУ ВПО «Первый
московский
государственный
медицинский
университет
им. И.М. Сеченова»
Минздрава России

СЕГОДНЯ ТРУДНО ПРЕДСТАВИТЬ СЕБЕ МЕДИЦИНСКУЮ ОРГАНИЗАЦИЮ, НЕ ИНТЕГРИРОВАННУЮ В СЕТЬ ИНТЕРНЕТ.

В СООТВЕТСТВИИ СО СТ. 79 ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА ОТ 21.11.2011 № 323-ФЗ «ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ» (ДАЛЕЕ – ЗАКОН № 323-ФЗ) МЕДИЦИНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ОБЯЗАНА ИНФОРМИРОВАТЬ ГРАЖДАН В ДОСТУПНОЙ ФОРМЕ, В Т. Ч. С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СЕТИ ИНТЕРНЕТ, ОБ ОСУЩЕСТВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, А ТАКЖЕ О МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКАХ, УРОВНЕ ИХ ОБРАЗОВАНИЯ И КВАЛИФИКАЦИИ¹.

Требования к интеграционным решениям в медицине включают прежде всего обеспечение необходимого уровня информационной безопасности.

Массовое использование ресурсов сети Интернет в сфере здравоохранения порождает множество непростых проблем, связанных как с обеспечением конфиденциальности персональных данных и сохранением врачебной тайны, так и с защитой современной цифровой медицинской техники от несанкционированного внешнего воздействия.

Важно ➤ Сеть Интернет, в т. ч. обычная электронная почта, не обеспечивает конфиденциальность передаваемой информации. Владелец сайта и оператор системы обмена почтовыми сообщениями обязаны предупреждать об этом потенциальных пользователей ■

Рассмотрим основные вопросы обработки и защиты персональных данных², размещаемых на официальном сайте медицинской организации в сети Интернет.

Общие принципы и порядок работы с персональными данными определены Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» (далее – Закон № 152-ФЗ). Требования к защите персональных данных при их обработке в информационных системах (ИС) утверждены постановлением Правительства России от 01.11.2012 № 1119³, состав и со-

ГЛАВНАЯ СПЕЦИФИКА ОТРАСЛИ СОСТОИТ В ПОВЫШЕННЫХ ТРЕБОВАНИЯХ К ИНФОРМАЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ, КОТОРЫЕ ПРЕДЪЯВЛЯЮТСЯ К ЗАЩИТЕ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ В СООТВЕТСТВИИ С ФЕДЕРАЛЬНЫМ ЗАКОНОМ № 152. МНОГИЕ КЛИНИКИ ВЫНУЖДЕНЫ... ОТКАЗЫВАТЬСЯ ОТ СВОИХ СИСТЕМ ИМЕННО ПО ПРИЧИНЕ НЕСООТВЕТСТВИЯ ТРЕБОВАНИЯМ ЭТОГО ЗАКОНА...

Н.В. Зезюлинский, директор по развитию бизнеса компании «ФОРС»

держание организационных и технических мер по обеспечению безопасности персональных данных – приказами Федеральной службы по техническому и экспортному контролю (ФСТЭК) от 18.02.2013 № 21⁴ и Федеральной службы безопасности (ФСБ) от 10.07.2014 № 378⁵ (при использовании средств криптографической защиты (шифрования) информации). Требования и состав мер по защите информации в государственных и муниципальных ИС, в т. ч. ИС органов управления здравоохранением и фондов обязательного медицинского страхования (ОМС), утверждены приказом ФСТЭК от 11.02.2013 № 17⁶, а также описаны в методическом документе ФСТЭК от 11.02.2014 «Меры защиты информации в государственных информационных системах».

Практические рекомендации по обеспечению информационной безопас-

ности и организации работы с персональными данными приведены в ГОСТах:

ГОСТ Р 51583-2014 «Защита информации. Порядок создания автоматизированных систем в защищенном исполнении. Общие положения».

ГОСТ Р ИСО/МЭК 27000-2012 «Информационная технология. Методы и средства обеспечения безопасности. Системы менеджмента информационной безопасности. Общий обзор и терминология».

ГОСТ Р ИСО/МЭК 27001-2006 «Информационная технология. Методы и средства обеспечения безопасности. Системы менеджмента информационной безопасности. Требования».

ГОСТ Р ИСО/МЭК 27002-2012 «Информационная технология. Методы и средства обеспечения безопасности. Свод норм и правил менеджмента информационной безопасности».

Оценка рисков



ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНТЕРНЕТА СВЯЗАНО С НЕОБХОДИМОСТЬЮ ОБЕСПЕЧИТЬ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ



МНОГИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ВЛАДЕЛЬЦУ САЙТА ПРЕДПОЛАГАЮТ АКТИВНОЕ ДОВЕДЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ ДО ПОЛЬЗОВАТЕЛЯ ПЕРЕД ВЫПОЛНЕНИЕМ ИМ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ



СЛУЧАИ УТЕЧКИ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ И ВИРУСНЫХ АТАК, НАРУШАЮЩИХ НОРМАЛЬНУЮ РАБОТУ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ФОРМИРУЮТ НЕДОВЕРИЕ К ИНФОРМАЦИОННЫМ ТЕХНОЛОГИЯМ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ.

ГОСТ Р ИСО/МЭК 27003-2012 «Руководство по реализации системы менеджмента информационной безопасности».

ГОСТ Р ИСО/МЭК 29100-2013 «Информационная технология. Методы и средства обеспечения безопасности. Основы обеспечения приватности» (действует с 01.01.2015).

ГОСТ Р ИСО/МЭК 18045-2013 «Методология оценки безопасности информационных технологий».

ГОСТ Р ИСО/МЭК ТО 19791-2008 «Информационная технология. Методы и средства обеспечения безопасности. Оценка безопасности автоматизированных систем» (ред. от 21.04.2014).

ГОСТ Р ИСО/МЭК 15408-1-2012, -2, -3-2013 «Критерии оценки безопасности информационных технологий». Часть 1. «Введение и общая модель». Часть 2. «Функциональные компоненты безопасности». Часть 3. «Компоненты доверия к безопасности».

ГОСТ Р ИСО/МЭК 27031-2012 «Руководство по готовности информационно-коммуникационных технологий к обеспечению непрерывности бизнеса».

ГОСТ Р 53647.6-2012 «Менеджмент непрерывности бизнеса. Требования к системе менеджмента персональной информации для обеспечения защиты данных».

ГОСТ Р 55235.3-2012 «Практические аспекты менеджмента непрерывности бизнеса. Применение к информационным и коммуникационным технологиям».

Рассмотрим основные обязанности владельца интернет-сайта, в т. ч. медицинской организации, при работе с персональными данными.

Важно ➤ Сайт медицинской организации является информационной системой персональных данных, а владелец сайта – оператором персональных данных ■

При этом необходимо иметь в виду, что практически во всех случаях предоставление и обработка персональных данных с использованием сайта в сети Интернет осуществляется исключительно с согласия субъекта – пользователя сайта.

Итак, владелец сайта (оператор) в сети Интернет обязан:

а) опубликовать на своем сайте документы, определяющие политику в отношении обработки персональных данных и реализации требований по их защите, в т. ч. как и для чего используются персональные данные пользователей, передаются ли они третьим лицам и на каком основании, и т. д. (далее – Политика безопасности) (ст. 18.1 Закона № 152-ФЗ).

Кроме того, на сайте должна быть опубликована информация о наименовании владельца сайта (оператора) и его месте нахождения (юридический и фактический адреса), а также контактные реквизиты (телефоны, адреса электронной почты).

Важно ➤ Владелец сайта обязан предупредить пользователя о том, как и для чего он использует его персональные данные, передает ли он их третьим лицам, а также предупредить его об их возможном использовании в целях распространения рекламы, в т. ч. в случае передачи кому-либо в обезличенном виде номеров его телефонов, адресов электронной почты, сетевых адресов компьютеров и т. д. ■

б) проинформировать пользователя о его праве безвозмездно (ст. 20 Закона № 152-ФЗ) ознакомиться с его персональными данными, обрабатываемыми с помощью сайта, правовыми основаниями, целями, способами и сроками их обработки, в т. ч. сроком хранения, сведениями о лицах (за исключением работников оператора), которые имеют доступ к персональным данным или которым они могут быть раскрыты на основании догово-

ра с оператором или на основании федерального закона (см. выше), наименованием или Ф. И. О. и адресом лица, осуществляющего обработку персональных данных по поручению оператора (аутсорсера), если обработка поручена или будет поручена такому лицу, а также о порядке ознакомления с указанными сведениями (ст. 14 Закона № 152-ФЗ);

в) в случае хостинга (размещения) сайта медицинской организации на сервере, принадлежащем третьему лицу, предупредить пользователя об аутсорсинге обработки его персональных данных и получить его согласие на это (ст. 6 Закона № 152-ФЗ).

При этом пользователь должен быть проинформирован о том, кто является провайдером хостинга сайта (аутсорсером) (ч. 7 ст. 14 Закона № 152-ФЗ).

Следует заметить, что в соответствии с ч. 5 ст. 18 Закона № 152-ФЗ с 01.09.2015 серверы с базами персональных данных граждан РФ должны размещаться на территории Российской Федерации (кстати, в соответствии с Федеральным законом № 149-ФЗ технические средства ИС, используемых государственными органами, органами местного самоуправления, государственными и муниципальными учреждениями и унитарными предприятиями, с 01.07.2015 должны размещаться на территории РФ).

Важно ➤ Хостинг сайта, с помощью которого его владельцем осуществляется обработка персональных данных, следует рассматривать как аутсорсинг обработки персональных данных по поручению оператора – владельца сайта, поскольку последний не контролирует процесс и средства обработки данных. ■

Обработка персональных данных в этом случае может осуществляться только с согласия субъекта персональных данных.

Ответственность за риски, связанные с обработкой персональных данных аутсорсером (хостером сайта) перед субъектом несет владелец сайта (ст. 6 Закона № 152-ФЗ);

г) предупредить пользователя, что передача данных по открытым каналам связи на сайт (с сайта) в сети Интернет не гарантирует их конфиденциальность, и получить его согласие на обработку персональных данных на этих условиях.

Заметим, что использование так называемого защищенного протокола https обмена данными с сайтом с помощью встроенных в «стандартные» web-браузеры средств шифрования данных и механизма аутентификации (проверки подлинности) сайтов не обеспечивают надежной защиты информации от несанкционированного доступа – перехвата, искажения или подмены.

Важно ➤ Предоставление и обработка персональных данных с помощью сайта в сети Интернет осуществляется исключительно с согласия субъекта – пользователя сайта. Согласие субъекта на обработку его персональных данных должно быть конкретным, информированным, сознательным и добровольным (ст. 9 Закона № 152-ФЗ) ■

д) обеспечить техническую возможность отзыва согласия субъекта на обработку персональных данных с помощью этого сайта (это его право – см. ч. 2 ст. 9 Закона № 152-ФЗ)

Указанная процедура должна предусматривать отзыв согласия как с помощью заполнения соответствующей формы на сайте, так и путем направления сообщения владельцу сайта (оператору) по электронной почте;

е) пользователю (субъекту) следует напомнить также, что в случае отзыва согласия оператор (владелец сайта) имеет право продолжить обработку его персо-

нальных данных, например хранить эти данные, если это необходимо для выполнения обязанностей, возложенных на оператора, указанных в пп. 2–11 ч. 1 ст. 6, ч. 2 ст. 10 и ч. 2 ст. 11 Закона № 152-ФЗ (выполнения международных договоров, осуществления правосудия, выполнения государственных и муниципальных услуг, для защиты жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов пользователя и других граждан, осуществления прав и законных интересов оператора или третьих лиц и т. д.).

Кроме того, надо напомнить, что во всех случаях остается нерешенной проблема практической реализации права «быть забытым» в сети Интернет.

Важно ➤ Гарантированное полное удаление информации, когда-либо опубликованной (размещенной) в сети Интернет, в настоящее время невозможно ■

Сегодня не существует технологий и процедур, обеспечивающих учет и контроль за распространением (тиражированием) информации в сети Интернет. Поэтому так называемое право быть забытым в сети на практике не может быть реализовано.

Даже полное удаление определенных сведений из баз данных и всех резервных копий только одного сайта, например, учетных записей пользователей, во многих случаях является нетривиальной, чрезвычайно затратной и трудно выполнимой технологической задачей;

ж) предупредить пользователя о применении сайтом так называемых cookies и получить его согласие на это, при необходимости – проинформировать пользователя о возможном изменении функциональности (состава сервисов) сайта в случае отказа от cookies.

Следует заметить, что большинство обычных, «непродвинутых» пользовате-

лей не знает, как настроить параметры безопасности web-браузера и отключить (запретить) cookies.

Важно ➤ Требования под пунктами «в», «г», «д» и «ж» должны быть реализованы в виде обязательных, «активных» сообщений пользователю при регистрации на сайте либо перед выполнением им определенных действий (вызове соответствующих функций) ■

Необходимо, чтобы информирование, предупреждение пользователя о возможных рисках, связанных с обработкой его персональных данных с помощью средств интернет-сайта, было реализовано в виде интерактивного диалога «предупреждение – вопрос – ответ: получение согласия».

Примером того, как это может быть сделано, является регистрация гражданина в Единой системе идентификации и аутентификации⁷ на Едином портале госуслуг <https://esia.gosuslugi.ru>, при выполнении которой ему предлагается подтвердить, что он:

- ознакомлен с порядком подачи заявления в электронном виде;
- дает свое согласие на передачу информации в электронной форме заявления (в т. ч. персональных данных) по открытым каналам связи сети Интернет.

По нашему мнению, описанные выше правила (порядок) получения информированного добровольного согласия пользователя на обработку его персональных данных с помощью сайта в сети Интернет должны быть определены и приняты в виде нормативного документа. Заметим, что в Европейском союзе еще в 2002 г. была принята специальная директива⁸, в которой изложены основные правила «безопасного» использования сети Интернет и установлены требования к владельцам (операторам) сайтов, в т. ч. их обязанность

информировать пользователей об использовании cookies.

Важно ➤ Как показал анализ целого ряда сайтов, в т. ч. государственных, описанные выше общие правила информирования и получения согласия пользователя на обработку его персональных данных, которые можно было бы назвать «интернет-деонтологией», очень часто не выполняются ■

Наиболее типичными нарушениями при этом являются:

- отсутствие на сайте опубликованной Политики безопасности либо публикация «формального» текста указанных документов «для галочки» – чаще всего в виде переписанных из нормативных документов требований «как должно быть» и общих фраз, без учета специфики работы организации – владельца сайта;
- при регистрации на сайте информация о рисках, связанных с использованием открытых каналов связи, не сообщается пользователю в обязательном порядке – она где-то «спрятана», и пользователь должен сам ее найти и прочитать (если, конечно, он что-то знает об этом); иногда об указанных рисках написано «мелким шрифтом» в Политике безопасности (типичная, известная в маркетинге тактика умышленного «умалчивания» информации о рисках для привлечения как можно большего количества клиентов – пользователей сайта);
- специальные отметки о согласии пользователя на обработку его персональных данных либо совсем отсутствуют, либо уже поставлены по умолчанию – при любом случайном нажатии на клавишу, даже если пользователь не принял решения на предоставление своих персональных данных, автоматически происходит

регистрация его согласия («интерфейс, провоцирующий ошибки пользователя»); заметим, что сам факт регистрации пользователя на сайте с предоставлением своих персональных данных является одной из форм согласия на их обработку;

- избыточность запрашиваемых у пользователя сведений при регистрации на сайте – объем и содержание (состав) обрабатываемых персональных данных не соответствуют заявленным целям обработки (ст. 5 Закона № 152-ФЗ), правовым актам и нормативным документам.

В качестве примера одного из таких «неправильных» сайтов можно назвать московский портал госуслуг www.pgu.mos.ru, на котором до последнего времени не были опубликованы документы, указанные в ст. 18.1 Закона № 152-ФЗ (Политика безопасности), пользователь не предупрежден, что передача им персональных данных осуществляется по открытым каналам связи, что не гарантирует их конфиденциальность.

При этом экран сайта, на котором осуществляется регистрация пользователя на портале, вообще не содержит никаких предупреждающих сообщений.

Недостатком, которым сегодня «страдают» некоторые сайты, является их программная реализация, ориентированная для работы с определенным web-браузером. При этом, как правило, некоторые ресурсы и (или) функции сайта доступны только при его использовании.

В качестве примера можно назвать сайт Росздравнадзора roszdravnadzor.ru, «оптимизированный» для работы с браузером Microsoft Internet Explorer – доступ к некоторым страницам сайта возможен только с помощью этого браузера.

По нашему мнению, реализация сайта должна быть «технологически нейтральной» – все возможности сайта должны

быть полностью доступны при использовании любого браузера.

Важно ➤ В статье 3 Федерального закона от 27.07.2006 № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации» сказано о недопустимости установления нормативными правовыми актами каких-либо преимуществ применения одних информационных технологий (ИТ) перед другими, если только обязательность применения определенных ИТ для создания и эксплуатации государственных ИС не установлена федеральными законами ■

Несколько слов об использовании сети Интернет при обработке персональных данных соискателей на замещение вакантных должностей.

Работа с персональными данными регулируется ст. 86–90 ТК РФ и предполагает получение согласия соискателей на их обработку на период принятия работодателем решения о приеме либо отказе в приеме на работу.

Согласие соискателя не требуется, если он самостоятельно разместил свое резюме в сети Интернет, прислал его по электронной почте или по факсу. В случае отказа в приеме на работу сведения, предоставленные соискателем, должны быть уничтожены в течение 30 дней. Отметим, что получение согласия соискателя необходимо также в случаях направления работодателем запросов о соискателе в иные организации, например по прежнему месту работы.

Более подробно вопросы работы с персональными данными сотрудников и соискателей рассмотрены в разъяснениях Роскомнадзора от 14.12.2012⁹ (уполномоченного органа по защите прав субъектов персональных данных, ст. 23 Закона № 152-ФЗ).

Каким образом может быть организована «безопасная» работа пользовате-

лей, обрабатывающих персональные данные и иную конфиденциальную информацию, при подключении ИС учреждения к сети Интернет? При ответе на этот вопрос необходимо учитывать следующее:

1. Интернет – источник кибератак, программ-шпионов, вирусов и др., являющихся причиной утечки, кражи, удаления или искажения информации в базах данных, а также отказов и нарушений в работе цифровой медицинской техники и систем жизнеобеспечения¹⁰. При подключении к сети Интернет и применении внешних носителей информации необходимы средства антивирусной защиты¹¹.

Важно ➤ Следует иметь в виду, что мероприятия и средства обнаружения и защиты от вирусов затратны и недостаточно эффективны – по оценкам экспертов, ежедневно в мире появляется около 1000 новых вирусов ■

2. Информационная система медицинской организации должна подключаться к сети Интернет только через специальные межсетевые экраны и иметь средства обнаружения вторжений¹², которые должны быть сертифицированы ФСТЭК России для работы в ИС, в которых обрабатываются специальные категории персональных данных (к ним относятся в т. ч. сведения о состоянии здоровья – ст. 10 Закона № 152-ФЗ).

3. Компьютеры и серверы, предназначенные для работы с персональными данными, должны быть оснащены специальными, сертифицированными ФСТЭК средствами защиты информации¹³, включающими: средства аутентификации пользователей и управления доступом к ресурсам ИС, средства регистрации и учета действий пользователей, средства доверенной загрузки программного обеспечения¹⁴.

Важно » Пользователь должен иметь как минимум две учетные записи – одну для выхода в Интернет, другую – для входа в подсистему ИС, в которой обрабатываются персональные данные и другая конфиденциальная информация ■

Очевидно, что это не очень удобно; однако только в этом случае работа с указанной информацией может и будет осуществляться в отдельной, изолированной от Интернета безопасной функциональной среде, что позволит обеспечить надежную защиту конфиденциальной информации от несанкционированного доступа.

4. Доступ и работа пользователей ИС медицинской организации с «облачными» федеральными сервисами и подсистемами Единой государственной информационно-системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ), оператором которой является Минздрав России, а также региональными подсистемами ЕГИСЗ¹⁵ и ИС Федерального и территориальных фондов ОМС¹⁶, должны осуществляться через защищенные виртуальные сети передачи данных (Virtual Private Network – VPN), реализованные с использованием программных и (или) аппаратных средств защиты каналов связи, сертифицированных ФСТЭК и ФСБ¹⁷.

5. Для взаимодействия между подключенной к Интернету открытой и защищенной частями (сегментами) ИС медицинского учреждения следует использовать организационные процедуры и проектные решения, средства и механизмы безопасного обмена данными, в т. ч. описанные в перечисленных выше методических документах ФСТЭК и ФСБ России.

Важно » Минздравом России до настоящего времени не изданы нормативные документы, содержащие перечень акту-

НЕСМОТЯ НА ОЧЕВИДНЫЕ ПРЕИМУЩЕСТВА И УДОБСТВА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНТЕРНЕТ И «ОБЛАЧНЫХ» СЕРВИСОВ, ОДНОЙ ИЗ КЛЮЧЕВЫХ ПРОБЛЕМ ОСТАЕТСЯ ОБЕСПЕЧЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ ТРАФИКА В СЕТЯХ ПЕРЕДАЧИ ДАННЫХ ОБЩЕГО ПОЛЬЗОВАНИЯ.

альных угроз безопасности персональных данных при их обработке в информационных системах, используемых в здравоохранении, что предусмотрено ч. 5 ст. 19 Закона № 152-ФЗ, на основе которых должны определяться комплекс организационных и технических мероприятий, состав мер и выбор средств защиты информации в ИС медицинских организаций ■

Несмотря на очевидные преимущества и удобства использования Интернета и «облачных» сервисов, одной из ключевых проблем остается обеспечение безопасности трафика в сетях передачи данных общего пользования.

После многочисленных публикаций о кражах и утечках персональных данных, взломе компьютерных систем, вирусных атаках, нарушающих нормальную работу медицинских организаций, которые имели место в последнее время, у определенной части населения (пациентов и врачей) начала формироваться своего рода «киберфобия», чувство недоверия к современным ИТ и даже желание запретить обработку персональных данных в электронном виде.

Однако кибербезопасность во многом зависит от четкой организации работы пользователей и технического персонала информационных систем, знания, понимания и соблюдения ими основных принципов обеспечения информационной безопасности, их ответственности и самоконтроля.

Термины и определения

Персональные данные – любая информация, относящаяся к прямо или косвенно определенному или определяемому физическому лицу (субъекту персональных данных)*.

Персональные данные – сведения о фактах, событиях и обстоятельствах частной жизни гражданина, позволяющие идентифицировать его личность**.

Обезличивание персональных данных – действия, в результате которых становится невозможным без использования дополнительной информации определить принадлежность персональных данных конкретному субъекту (физическому лицу)*.

Сайт в сети Интернет – совокупность программ для электронных вычислительных машин и иной информации, содержащейся в информационной системе, доступ к которой обеспечивается посредством информационно-телекоммуникационной сети Интернет по доменным именам и (или) по сетевым адресам, позволяющим идентифицировать сайты в сети Интернет***.

Владелец сайта в сети Интернет – лицо, самостоятельно и по своему усмотрению определяющее порядок использования сайта в сети Интернет, в т. ч. порядок размещения информации на сайте***.

Провайдер хостинга – лицо, оказывающее услуги по предоставлению вычислительной мощности для размещения информации в информационной системе, постоянно подключенной к сети Интернет (провайдер хостинга сайта)***.

Cookies («куки») – служебные данные, формируемые по запросам сервера интернет-сайта, которые могут использоваться для опознания (идентификации) пользователя, отслеживания его поисковой активности в сети Интернет (формирования профиля его интересов), например, для рассылки контекстной, таргетной рекламной информации и т. д. Сохраняются на компьютере пользователя и передаются серверу сайта при его повторных посещениях. Так называемые сеансовые cookies не сохраняются и существуют только в течение одного сеанса работы с сайтом.

«Облачные» технологии обработки данных (сервисы) – когда доступ пользователей к необходимым информационным и вычислительным ресурсам осуществляется с использованием телекоммуникационных сетей (по каналам связи), в т. ч. сети Интернет.

Web-браузер – компьютерная программа для доступа и работы с сайтами в сети Интернет, а также с локальными или «облачными» приложениями, реализованными на основе стандартов, используемых в Интернете.

* Федеральный закон от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

** Указ Президента России от 06.03.1997 № 188 (в ред. от 23.09.2005).

*** Федеральный закон от 27.07.2006 № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации».

¹ Напомним, что для публикации на сайте фотографии медицинского работника необходимо его письменное согласие (ст. 152.1 Гражданского кодекса РФ).

² Статью «Требования к организации автоматизированной обработки и защиты персональных данных» см.: Здоровохранение. 2014. № 3.

³ Постановление Правительства РФ от 01.11.2012 № 1119 «Об утверждении требований к защите персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных».

⁴ Приказ ФСТЭК России от 18.02.2013 № 21 «Об утверждении Составов и содержания организационных и технических мер по обеспечению безопасности персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных».

⁵ Приказ ФСБ России от 10.07.2014 № 378 «Об утверждении Составов и содержания организационных и технических мер по обеспечению безопасности персональных данных при их обработке в информационных системах персональных данных с использованием средств криптографической защиты информации, необходимых для выполнения установленных Правительством Российской Федерации требований к защите персональных данных для каждого из уровней защищенности».

⁶ Приказ ФСТЭК России от 11.02.2013 № 17 «Об утверждении Требований о защите информации, не составляющей государственную тайну, содержащейся в государственных информационных системах».

⁷ См. постановление Правительства РФ от 28.11.2011 № 977 в ред. от 09.12.2013.

⁸ Directive 2002/58/EC, <http://eur-lex.europa.eu>.

⁹ <http://rkn.gov.ru/news/rsoc/news17877.htm>.

¹⁰ За последнее время заметно возросло количество инцидентов, связанных с нарушением работы КТ, МРТ, УЗИ, кардиостимуляторов, инсулиновых помп (cwmm.diabets.com.ua/news, 18.01.2012) и другой медицинской техники из-за воздействия вредоносных программ (www.cybersquared.com/content/uploads/download/Medical-Industry-A-Cyber-Victim-Billions-Stolen-and-Lives-At-Risk.pdf, 12.12.2013) и несанкционированного доступа к медицинским ИС (http://rusrim.blogspot.ru/2015/01/2015_13.html, 13.01.2015).

¹¹ См. приказ ФСТЭК России от 20.03.2012 № 28.

¹² См. приказ ФСТЭК России от 06.12.2011 № 638.

¹³ См. Перечень сертифицированных средств защиты информации на официальном сайте ФСТЭК России www.fstec.ru. Напомним, что обычно срок действия сертификата – три года.

¹⁴ См. приказ ФСТЭК России от 27.09.2013 № 119.

¹⁵ См. приказ Минздрава России от 28.04.2011 № 364, <http://egisiz-docs.rosminzdrav.ru>.

¹⁶ См. приказ Федерального фонда ОМС от 07.04.2011 № 79 в ред. приказа от 26.12.2013 № 276.

¹⁷ См. Пояснительную записку по обеспечению криптозащиты каналов передачи данных при взаимодействии в рамках ЕГИСЗ от 05.09.2014, <http://egisiz-docs.rosminzdrav.ru>.

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

Исполнение решения суда о восстановлении на работе

Ключевые слова

восстановление на работе по решению суда, сокращение штата, восстановление должности в штатном расписании, простой по вине работодателя

М.А. Жильцов,
д-р юрид. наук,
профессор кафедры
трудового права
ГОУ ВПО «Уральский
государственный
юридический
университет»
(УрГЮУ), г. Екате-
ринбург



Написать автору
WWW.ZDRAV.RU

РЕШЕНИЕ СУДА О ВОССТАНОВЛЕНИИ НА РАБОТЕ СОГЛАСНО СТ. 211 ГРАЖДАНСКОГО ПРОЦЕССУАЛЬНОГО КОДЕКСА РФ ПОДЛЕЖИТ НЕМЕДЛЕННОМУ ИСПОЛНЕНИЮ. ДАННОЕ ПРАВИЛО ТАКЖЕ УСТАНОВЛЕНО СТ. 396 ТРУДОВОГО КОДЕКСА РФ.

Немедленное исполнение решения суда означает, что сотрудник должен приступить к работе уже на следующий день, не дожидаясь вступления решения в законную силу.

Как пояснил Конституционный Суд РФ в определении от 22.01.2014 № 23-О, это положение направлено на защиту и скорейшее восстановление прав работников, нарушенных незаконным увольнением, а потому не может быть признано неконституционным.

Когда решение суда считается исполненным?

В соответствии с ч. 1 ст. 106 Федерального закона от 02.10.2007 № 229-ФЗ «Об исполнительном производстве» (далее – Закон об исполнительном производстве) требование о восстановлении на работе незаконно уволенного работника считается фактически исполненным, если работник допущен к исполнению прежних трудовых обязанностей и отменен приказ об увольнении.

Сотрудник через суд добился восстановления на работе. Но восстановить его в прежней должности мы не можем, т. к. она была сокращена. Что теперь делать? Можно ли предложить ему другую должность?

Поскольку увольнение работника было признано незаконным, он должен быть восстановлен в той должности, которую занимал на момент увольнения. Иное противоречило бы смыслу восстановления на работе. Поэтому никакую другую должность работодатель предлагать работнику не вправе.

Важно ➤ Если должность была сокращена после увольнения работника (такое часто бывает на практике), придется ее восстанавливать ■

Для этого необходимо издать приказ по основной деятельности о внесении изменений в штатное расписание и предоставить введенную приказом должность работнику.

Суды тоже обращают внимание на то обстоятельство, что отсутствие в штатном расписании должности, которую работник занимал на момент увольнения, не является основанием для отказа в его восстановлении в указанной должности (пример 1).

Важно » Некоторые работодатели решают данную проблему следующим образом. Вместо того чтобы восстановить должность в штатном расписании и предоставить ее работнику, они оформляют ему простой и одновременно с этим предупреждают об увольнении в связи с сокращением штата через два месяца (пример 2) ■

При этом оплата производится работнику как за простой по вине работодателя согласно правилам, установленным ч. 1 ст. 157 ТК РФ: в размере двух третей средней заработной платы.

Что интересно, суды не исключают возможности увольнения работника по сокращению численности или штата после его восстановления, если только сокращение действительно имеет место и не нарушен порядок увольнения.

В частности, если сотруднику при увольнении предлагались все имеющиеся у работодателя вакансии и о факте прекращения трудовых отношений он был предупрежден персонально и под роспись не позднее, чем за два месяца, как это предусмотрено ч. 1 и 2 ст. 180 ТК РФ.

Но что касается простоя, то для его оформления в данном случае законных оснований нет.

Сотрудник после суда не появляется на работе, хотя его увольнение признано

Пример 1

При увольнении работника в связи с сокращением штата вакантные должности ему не предлагались. В результате был нарушен порядок увольнения по данному основанию, и работник был восстановлен в должности, которую занимал до увольнения. Признавая приказ об увольнении незаконным, суд прямо указал: утверждение работодателя, что должность работника на момент вынесения решения суда была сокращена, не может являться основанием для отказа в восстановлении на работе (см. определение Московского городского суда от 24.01.2011 по делу № 33-1571).

незаконным. На звонки не отвечает, на связь не выходит. Что делать? Можем ли мы уволить его за прогул?

Если будет установлено, что работник отсутствовал без уважительных причин (в частности, не находился на больничном), то, безусловно, такое поведение может быть расценено как прогул со всеми вытекающими последствиями.

Пример 2

Решением суда сотрудник был восстановлен на работе. Спустя два месяца его снова уволили в связи с сокращением штата. Все это время сотрудник не работал, поскольку в нарушение требований закона прежнюю должность ему так и не предоставили, вместо чего оформили простой по вине работодателя.

Суд не нашел оснований для признания повторного увольнения незаконным, но обязал работодателя выплатить разницу между средним заработком и произведенной оплатой за период простоя (см. определение Свердловского областного суда от 17.05.2011 по делу № 33-6786/2011)

Пример 3

Решением районного суда 22 ноября 2010 г. Т. была восстановлена на работе в должности начальника отдела защиты растений филиала ФГУ.

Приказом работодателя от 11 января 2011 г. Т. вновь была уволена на основании подп. «а» п. 6 ч. 1 ст. 81 ТК РФ за прогул в связи с невыходом на работу 23, 24, 25 и 26 ноября 2010 г.

Довод, что Т. допустила злоупотребление правом, поскольку знала о вынесенном решении, подлежащем немедленному исполнению, но не вышла на работу без уважительных причин, был судом отвергнут. Такой вывод мог быть сделан только в том случае, если бы было установлено, что Т., располагая информацией о совершении работодателем действий, необходимых в силу закона для исполнения решения о ее восстановлении на работе, тем не менее уклонялась от выхода на работу, демонстрируя явное нежелание работать. Невыход на работу мог быть признан нарушением трудовой дисциплины, если бы работодатель проинформировал Т. об издании приказа о восстановлении на работе и возможности приступить к исполнению трудовых обязанностей. Однако никаких доказательств этого представлено не было. Напротив, суд установил, что согласно отметке на приказе о восстановлении на работе Т. была ознакомлена с ним 29 ноября 2010 г., т. е. в первый день выхода на работу. При этом 23 и 26 ноября 2010 г. Т. передавала работодателю по факсу и направляла по почте заявления, в которых выражала готовность приступить к выполнению должностных обязанностей, просила восстановить ее на работе, а во втором заявлении указала контактные номера телефонов для связи.

При таких обстоятельствах суд посчитал увольнение Т. за прогул незаконным и снова восстановил ее на работе (см. определение Санкт-Петербургского городского суда от 11.10.2011 № 33-14752/2011).

Вот только причины, по которым работник отсутствует, скорее всего, можно будет узнать только у него самого.

Кроме того, в ч. 1 ст. 193 ТК РФ прямо сказано, что до применения дисциплинарного взыскания (в частности, увольнения за прогул) работодатель обязан затребовать от работника письменные объяснения, на предоставление которых ему отводится два рабочих дня.

Таким образом, если уволить сотрудника за прогул не дожидаясь его выхода на работу и не требуя письменных объяснений, такое увольнение, как и предыдущее, наверняка будет признано судом незаконным (пример 3).

В такой ситуации рекомендуется всеми возможными способами пытаться проинформировать работника об отмене приказа о его увольнении и предоставлении ему прежней работы. В противном случае сотрудник может потом заявить, что просто не знал о предоставлении ему прежней работы. И уволить его за прогул будет крайне непросто.

В случае признания увольнения незаконным суд по заявлению работника может принять решение не о восстановлении его на работе, а об изменении формулировки основания на увольнение по собственному желанию (ч. 4 ст. 394 ТК РФ). Датой увольнения будет считаться дата вынесения решения судом. Однако если к этому моменту работник заключил трудовой договор с другим работодателем, увольнение производится днем, предшествующим началу работы в новой организации (ч. 7 ст. 394 ТК РФ).

Важно ➤ Признавая увольнение незаконным, суд по требованию работника может принять решение о выплате ему компенсации морального вреда. Размер компенсации определяется судом ■

Согласно ч. 2 ст. 394 ТК РФ при восстановлении работника суд принимает ре-

шение о выплате ему среднего заработка за время вынужденного прогула.

Пленум Верховного Суда РФ в п. 62 постановления от 17.03.2004 № 2 «О применении судами Российской Федерации Трудового кодекса Российской Федерации» разъяснил, что при определении размера выплаты за время вынужденного прогула средний заработок, взыскиваемый в пользу работника, не подлежит уменьшению на суммы:

- заработной платы, полученной у другого работодателя, независимо от того, работал у него сотрудник на день увольнения или нет;
- пособия по временной нетрудоспособности;
- пособия по безработице.

Зачету подлежат только суммы выходного пособия, если они были выплачены работнику при увольнении (п. 62 постановления от 17.03.2004 № 2 «О применении судами Российской Федерации Трудового кодекса Российской Федерации»).

Выплата среднего заработка за время вынужденного прогула

В законе прямо не сказано, в течение какого времени с момента восстановления работодатель обязан выплатить сотруднику сумму среднего заработка за время вынужденного прогула.

Но этот вопрос неоднократно поднимался в судах, и, следовательно, при оплате работнику вынужденного прогула нужно принимать во внимание судебную практику.

А она вполне однозначна: обязанность работодателя выплатить зарплату за время вынужденного прогула наступает одновременно с отменой приказа об увольнении и восстановлением работника в прежней должности, являясь неотъемлемой частью процесса восстановления на работе.

Проще говоря, сумма среднего заработка за время вынужденного прогула

должна быть начислена и выплачена работнику сразу после его восстановления, в день издания приказа об отмене приказа об увольнении (см., например, определение Верховного Суда РФ от 23.04.2010 № 5-В09-159, апелляционные определения Томского областного суда от 25.07.2014 по делу № 33-2173/2014, Московского городского суда от 14.03.2014 по делу № 33-7503/2014, определение Приморского краевого суда от 08.05.2014 по делу № 33-3956) (пример 4).

Как правильно оформить документы

Восстанавливая сотрудника, работодатель не заключает с ним новый трудовой договор, поскольку никакого повторного приема на работу в данном случае не происходит.

Работник восстанавливается на условиях трудового договора, который был заключен с ним ранее, до увольнения. Считается, что он просто не прекращал своего действия.

Первое и главное, что нужно сделать, – это издать приказ, на основании которого сотрудник будет восстановлен на работе в прежней должности.

Унифицированной формы такого приказа не существует, его название в законах не упоминается. Поэтому на практике его чаще всего называют приказом о восстановлении на работе.

При этом Верховный Суд РФ заявил по этому поводу, что, исходя из совокупности положений ст. 106 Закона об исполнительном производстве, ст. 129 и 234 ТК РФ, смысл процедуры восстановления на работе заключается именно в отмене правовых последствий увольнения путем отмены приказа об увольнении, а не путем издания приказа о восстановлении на работе после вынесения судом решения о восстановлении на работе (см. определение Верховного Суда РФ от 23.04.2010 № 5-В09-159).

Пример 4

Если работодатель не исполнит решение о восстановлении работника добровольно, тот может обратиться в службу судебных приставов для принудительного исполнения судебного решения.

Согласно ч. 1 ст. 105 Закона об исполнительном производстве в случае неисполнения должником (работодателем) требований, содержащихся в исполнительном документе, в установленный срок судебный пристав выносит постановление о взыскании исполнительского сбора и устанавливает должнику новый срок для исполнения. Размер такого сбора для организаций составляет 50 000 руб. Работодатель освобождается от уплаты исполнительского сбора, если докажет, что не смог вовремя исполнить решение суда вследствие чрезвычайных обстоятельств.

За повторное неисполнение требования о восстановлении на работе – уже после уплаты исполнительского сбора – организацию могут оштрафовать на сумму от 30 000 до 50 000 руб. в соответствии со ст. 17.15 Кодекса РФ об административных нарушениях.

Кроме того, нужно иметь в виду, что согласно ч. 2 ст. 106 Закона об исполнительном производстве в случае неисполнения работодателем решения о восстановлении на работе судебный пристав-исполнитель обязан разъяснить сотруднику его право обратиться в суд с заявлением о взыскании с работодателя среднего заработка за время вынужденного прогула или разницы в заработке за период с даты вынесения решения по день его исполнения.

Нетрудно догадаться, что большинство работников в подобной ситуации, скорее всего, воспользуются указанным правом.

Таким образом, по мнению Верховного Суда РФ, это должен быть приказ об отмене приказа об увольнении работника.

Особое внимание следует уделить трудовой книжке восстановленного сотрудника. При увольнении ее должны были вручить работнику. Теперь документ придется принять обратно и внести в него все необходимые исправления.

Работник при увольнении расписался в книге учета движения трудовых книжек в том, что трудовая книжка была ему выдана на руки. Какую запись нужно сделать в книге, если работник был восстановлен и сдал обратно свою трудовую?

При получении трудовой книжки в связи с увольнением работник расписывается в книге учета движения трудовых книжек и вкладышей в них (далее – Книга).

Этот документ ведется кадровой службой или другим подразделением организации, оформляющим прием и увольнение, для регистрации трудовых книжек, принятых при поступлении на работу, а также вновь выданных трудовых книжек и вкладышей с указанием их серии и номера.

В Правилах ведения и хранения трудовых книжек, изготовления бланков трудовой книжки и обеспечения ими работодателей, утв. постановлением Правительства РФ от 16.04.2003 № 225 «О трудовых книжках» (далее – Правила ведения трудовых книжек), не рассматривается ситуация с внесением в Книгу записи об обратном получении трудовой работника после его восстановления. Но такая запись должна быть внесена обязательно.

Можно предположить, что в графах со второй по четвертую Книги необходимо указать реальную дату возвращения работником трудовой. А в девятой графе – реквизиты приказа о приеме на работу

(изданного при заключении трудового договора) и приказа об отмене приказа об увольнении.

Само собой разумеется, должность (профессия) и место работы указываются прежние.

В трудовой книжке работника делается отметка о признании недействительной записи об увольнении, а также вносится информация о восстановлении работника (п. 1.2 Инструкции по заполнению трудовых книжек, утв. постановлением Минтруда России от 10.10.2003 № 69).

Но прежде чем вносить такую запись, в графе 3 следует указать полное (и сокращенное при наличии) наименование организации. Это необходимо, потому что ранее в трудовую книжку была внесена запись об увольнении, удостоверенная подписями и оттиском печати работодателя (приложение 4).

Нельзя забывать, что при наличии признанной недействительной записи об увольнении или переводе на другую работу сотрудник может написать заявление о выдаче по последнему месту работы дубликата трудовой книжки, в который переносятся все записи из прежней книжки, за исключением признанной недействительной.

Дубликат трудовой книжки оформляется в установленном порядке и выдается работнику вместе с ранее действовавшей трудовой для подтверждения записей, внесенных в дубликат (п. 33 Правил ведения трудовых книжек).

Нужно ли оформлять работнику новую личную карточку?

Новую личную карточку при восстановлении на работе оформлять не нужно, следует продолжать вести ту, что была оформлена при трудоустройстве.

Кстати сказать, запись о восстановлении на работе со ссылкой на соответствующий приказ должна быть внесена и в личную карточку работника. Каким образом это оформить, решает работодатель.

Самый простой вариант – зачеркнуть запись об увольнении, а рядом сделать запись о восстановлении на работе.

Как отмечается время вынужденного прогула в таблице учета рабочего времени?

Время вынужденного прогула в случае признания увольнения, перевода или отстранения от работы незаконным с восстановлением на прежней работе отмечается в таблице учета буквенным кодом «ПВ» или цифровым «22», если работодатель продолжает использовать унифицированную форму табеля, утв. постановлением Госкомстата России от 05.01.2004 № 1 «Об утверждении унифицированных форм первичной учетной документации по учету труда и его оплаты».

Напоминаем, что в настоящее время работодатель вправе составлять и применять собственные формы табеля учета рабочего времени, которые могут предусматривать иные обозначения для подобных ситуаций.

**О внесении изменений в Федеральный закон
«Об обязательном медицинском страховании
в Российской Федерации»
и отдельные законодательные акты
Российской Федерации**

Статья 1

Внести в Федеральный закон от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422; 2011, № 49, ст. 7047; 2012, № 49, ст. 6758; 2013, № 30, ст. 4084; № 48, ст. 6165; 2014, № 30, ст. 4269) следующие изменения:

- 1) часть 6 статьи 14 дополнить предложением следующего содержания: «Для осуществления операций с целевыми средствами страховые медицинские организации открывают отдельные банковские счета в кредитных организациях, соответствующих требованиям, которые устанавливаются Правительством Российской Федерации.»;
- 2) часть 2 статьи 23 дополнить предложением следующего содержания: «Численность неработающих застрахованных лиц определяется на основе данных персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования.»;
- 3) в статье 26:
 - а) часть 3 после слов «В составе» дополнить словом «расходов»;
 - б) часть 6 после слов «В составе» дополнить словом «расходов»;
- 4) в части 1 статьи 27 второе предложение изложить в следующей редакции: «Порядок и условия распределения и предоставления субвенций из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов устанавливаются Правительством Российской Федерации.»;
- 5) в абзаце первом части 6 статьи 35 слова «специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи» заменить словами «санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами», после слов «специализированная медицинская помощь» дополнить словами «, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь.»;
- 6¹) статью 36 дополнить частью 13 следующего содержания: «13. Реализация территориальной программы обязательного медицинского страхования осуществляется с соблюдением условий соглашения о реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе территориальной

¹ Пункт 6 статьи 1 данного документа вступает в силу со дня официального опубликования.

программы обязательного медицинского страхования, заключенного в соответствии с частью 6 статьи 81 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».»;

7) в статье 51:

а) дополнить частью 7.1 следующего содержания:

«7.1. В 2015 году размер страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в Республике Крым и городе федерального значения Севастополе определяется как произведение численности неработающего населения на 1 апреля 2014 года в соответствующем субъекте Российской Федерации и тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения, установленного Федеральным законом от 30 ноября 2011 года № 354-ФЗ «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения». Численность неработающего населения на 1 апреля 2014 года в Республике Крым и городе федерального значения Севастополе определяется как разница между общей численностью населения в соответствующем субъекте Российской Федерации и численностью занятого населения на указанную дату в соответствующем субъекте Российской Федерации.»;

б) дополнить частью 8.1 следующего содержания:

«8.1. В 2015 году объем субвенций из бюджета Федерального фонда, предоставляемых бюджетам территориальных фондов Республики Крым и города федерального значения Севастополя, определяется в соответствии с установленными Правительством Российской Федерации порядком и условиями распределения и предоставления субвенций из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов исходя из численности застрахованных лиц, принимаемой равной общей численности населения на 1 апреля 2014 года в соответствующем субъекте Российской Федерации, и коэффициента дифференциации в размере, равном 1,0.»;

в) часть 10 изложить в следующей редакции:

«10. В 2015 году общий объем бюджетных ассигнований, предусмотренный законом о бюджете субъекта Российской Федерации на обязательное медицинское страхование неработающего населения и предоставление межбюджетных трансфертов бюджету территориального фонда, не может быть меньше общего объема бюджетных ассигнований на указанные цели, предусмотренного законом о бюджете субъекта Российской Федерации в предшествующем году.»;

г) часть 12.1 дополнить предложениями следующего содержания: «В 2015 году осуществляются единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам в возрасте до 45 лет, имеющим высшее образование, прибывшим в 2015 году на работу в сельский населенный пункт либо рабочий поселок или переехавшим на работу в сельский населенный пункт либо рабочий поселок из другого населенного пункта и заключившим с уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации договор, в размере одного миллиона рублей на одного указанного медицинского работника. Финансовое обеспечение единовременных компенсационных выплат медицинским работникам в 2015 году осуществляется за счет иных межбюджетных трансфертов, предоставляемых бюджету территори-

ального фонда из бюджета Федерального фонда в соответствии с федеральным законом о бюджете Федерального фонда на очередной финансовый год и на плановый период, и средств бюджетов субъектов Российской Федерации в равных долях.»;

д¹⁾ дополнить частями 19–22 следующего содержания:

«19. В целях осуществления деятельности в сфере обязательного медицинского страхования в 2015 году медицинская организация, расположенная в Республике Крым или городе федерального значения Севастополе, направляет в территориальный фонд предусмотренное частью 2 статьи 15 настоящего Федерального закона уведомление о включении в реестр медицинских организаций до 26 декабря 2014 года включительно.

20. В 2015 году в целях финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, установленному в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, оказываемой в федеральных государственных учреждениях, включенных в перечень, утвержденный федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, и в медицинских организациях, включенных в перечень, утвержденный уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, из бюджета Федерального фонда в федеральный бюджет предоставляются иные межбюджетные трансферты в соответствии с федеральным законом о бюджете Федерального фонда на очередной финансовый год и на плановый период в порядке, установленном Правительством Российской Федерации.

21. Контроль за использованием средств, предусмотренных в части 20 настоящей статьи, осуществляется Федеральным фондом, территориальными фондами, федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в финансово-бюджетной сфере, и Счетной палатой Российской Федерации.

22. В 2015 и 2016 годах из бюджета Федерального фонда федеральному бюджету передается дотация на сбалансированность в соответствии с федеральным законом о бюджете Федерального фонда на очередной финансовый год и на плановый период.».

Статья 2

Внести в Федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442; 2013, № 27, ст. 3477; № 39, ст. 4883; № 48, ст. 6165; № 52, ст. 6951; 2014, № 30, ст. 4206, 4257; № 43, ст. 5798) следующие изменения:

1) в статье 14:

а) в части 1:

в пункте 11 слова «, государственным академиям наук» исключить;

¹ Подпункт «д» пункта 7 статьи 1 данного документа вступает в силу со дня официального опубликования.

- в пункте 11.1 слова «, государственным академиям наук» исключить;
- б) в пункте 17 части 2 слова «, государственным академиям наук» исключить;
- 2) в пункте 1 части 1 статьи 15:
- а) в подпункте «а» слова «, государственным академиям наук» исключить;
- б) в подпункте «б» слова «, государственным академиям наук» исключить;
- в) в подпункте «в» слова «, государственным академиям наук» исключить;
- 3) в пункте 3 части 3 статьи 29 слова «, государственным академиям наук» исключить;
- 4) в статье 34:
- а) в части 5 слова «гражданам Российской Федерации за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете уполномоченному федеральному органу исполнительной власти,» заменить словами «, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, гражданам Российской Федерации»;
- б) в части 6 после слов «Высокотехнологичная медицинская помощь» дополнить словами «, не включенная в базовую программу обязательного медицинского страхования,», слова «, предусмотренных в федеральном бюджете уполномоченному федеральному органу исполнительной власти, оказываются медицинскими организациями» заменить словами «федерального бюджета, источником которых в том числе являются межбюджетные трансферты из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования, оказываются федеральными государственными учреждениями»;
- в) часть 7 после слов «Высокотехнологичная медицинская помощь» дополнить словами «, не включенная в базовую программу обязательного медицинского страхования,»;
- 5) в части 7 статьи 35 слова «, государственным академиям наук» исключить;
- б¹) статью 81 дополнить частью 6 следующего содержания:
- «6. Уполномоченный федеральный орган исполнительной власти, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и высшие исполнительные органы государственной власти субъектов Российской Федерации заключают соглашения о реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе территориальных программ обязательного медицинского страхования, в порядке, установленном Правительством Российской Федерации. Указанные в настоящей части соглашения заключаются по форме, утвержденной уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.»;
- 7) в статье 83:
- а) в пункте 3 части 2 после слов «бюджетных ассигнований федерального бюджета,» дополнить словами «источником которых в том числе являются межбюджетные трансферты из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования,», слова «, государственным академиям наук» исключить;
- б) в пункте 3 части 3 слова «, государственным академиям наук» исключить;
- 8) в статье 100:
- а) в части 7 слова «, государственным академиям наук» исключить;
- б) в части 9 слова «До 1 января 2015 года» заменить словами «В 2015 году»;

¹ Пункт 6 статьи 2 данного документа вступает в силу со дня официального опубликования.

9) статью 101 дополнить частью 8.1 следующего содержания:
«8.1. Положения частей 5–7 статьи 34 настоящего Федерального закона применяются до 1 января 2016 года.».

Статья 3

Внести в приложение к Федеральному закону от 30 ноября 2011 года № 354-ФЗ «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 49, ст. 7032) следующие изменения:

1) после строки

«Республика Коми 0,6297»

дополнить строкой следующего содержания:

«Республика Крым 0,3333»;

2) после строки

«Город Санкт-Петербург 0,3333»

дополнить строкой следующего содержания:

«Город Севастополь 0,3333».

Статья 4

1. Настоящий Федеральный закон вступает в силу с 1 января 2015 года, за исключением положений, для которых настоящей статьей установлен иной срок вступления их в силу.

2. Пункт 6, подпункт «д» пункта 7 статьи 1 и пункт 6 статьи 2 настоящего Федерального закона вступают в силу со дня официального опубликования настоящего Федерального закона.

3. Положения частей 7.1 и 8.1 статьи 51 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (в редакции настоящего Федерального закона) и положения Федерального закона от 30 ноября 2011 года № 354-ФЗ «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения» (в редакции настоящего Федерального закона) применяются к правоотношениям, возникающим в процессе составления и исполнения бюджетов Республики Крым и города федерального значения Севастополя, Федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориальных фондов обязательного медицинского страхования указанных субъектов Российской Федерации на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов.

4. Положения части 10 статьи 51 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (в редакции настоящего Федерального закона) применяются к правоотношениям, возникающим в процессе составления и исполнения бюджетов субъектов Российской Федерации, города Байконура, Федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориальных фондов обязательного медицинского страхования на 2015 год.

Президент
Российской Федерации
В.В. ПУТИН

ПРИКАЗ
Федерального Фонда
обязательного медицинского страхования
от 18.11.2014 № 200

Об установлении требований к структуре и содержанию тарифного соглашения¹

В соответствии со ст. 30 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422; 2011, № 25, ст. 3529; № 49, ст. 7047, 7057; 2012, № 31, ст. 4322; № 49, ст. 6758; 2013, № 7, ст. 606; № 27, ст. 3477; № 30, ст. 4084; № 39, ст. 4883; № 48, ст. 6165; № 52, ст. 6955; 2014, № 11, ст. 1098; № 28, ст. 3851; № 30, ст. 4269) приказываю:

1. Установить Требования к структуре и содержанию тарифного соглашения согласно приложению.
2. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на Контрольно-ревизионное управление Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Председатель
Н.Н. СТАДЧЕНКО

Приложение
к приказу ФОМС
от 18.11.2014 № 200

Требования к структуре и содержанию тарифного соглашения

I. Общие положения

1. Настоящие Требования к структуре и содержанию тарифного соглашения, заключаемого между органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченным высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации, территориальным фондом обязательного медицинского страхования, страховыми медицинскими организациями, медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, созданными в соответствии со ст. 76 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446; 2013, № 27, ст. 3459, 3477; № 30, ст. 4038;

¹ Зарегистрирован в Минюсте России 24 декабря 2014 г. № 35382.

№ 39, ст. 4883; № 48, ст. 6165; № 52, ст. 6951; 2014, № 30, ст. 4106, 4244, 4247, 4257; № 23, ст. 2930) и профессиональными союзами медицинских работников или их объединениями (ассоциациями) (далее – тарифное соглашение), включенными в состав комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – тарифная комиссия) (далее – требования), устанавливаются в соответствии с ч. 2 ст. 30 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

2. Способы оплаты медицинской помощи в субъекте Российской Федерации, размер и структура тарифа на оплату медицинской помощи устанавливаются в зависимости от условий оказания медицинской помощи, определенных ч. 3 ст. 32 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»:

- 1) вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации);
- 2) амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника;
- 3) в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
- 4) стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

3. Размер и структура тарифа на оплату медицинской помощи устанавливаются дифференцированно для медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций:

- 1) оказывающих населению первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь, а также специализированную медицинскую помощь в пределах муниципального района, а также внутригородского района;
- 2) оказывающих населению первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь, а также специализированную медицинскую помощь в пределах нескольких муниципальных районов и в городских округах, в том числе городских округах с внутригородским делением;
- 3) оказывающих населению первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь, а также специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь в пределах субъекта Российской Федерации, а также в пределах нескольких субъектов Российской Федерации.
4. При установлении размера и структуры тарифов на оплату медицинской помощи в субъекте Российской Федерации допускается дифференциация тарифов на оплату медицинской помощи в части их размера и структуры, устанавливаемых в соответствии с п. 3 настоящих требований, по группам медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций с учетом объективных критериев: вида медицинской помощи,

среднего радиуса территории обслуживания, количества фельдшерско-акушерских пунктов, уровня расходов на содержание имущества на единицу объема медицинской помощи, достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации.

5. При установлении размера и структуры тарифов на оплату медицинской помощи в субъекте Российской Федерации применяется коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, № 20, ст. 2559; № 37, ст. 5002; 2013, № 45, ст. 5821).

6. В случае, если для территории субъекта Российской Федерации установлено несколько районных коэффициентов к заработной плате и процентных надбавок к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, а также за работу в местностях с особыми климатическими условиями, которые установлены для территории субъекта Российской Федерации или г. Байконура законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации и Союза ССР или расчетных уровней индекса бюджетных расходов, при установлении размера и структуры тарифов на оплату медицинской помощи для медицинских организаций учитываются значения вышеперечисленных показателей, установленные для территории, на которой расположена медицинская организация.

7. При установлении размера и структуры подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, а также подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации в субъекте Российской Федерации применяются половозрастные коэффициенты дифференциации. Для определения половозрастных коэффициентов дифференциации численность застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации распределяется на следующие половозрастные группы (далее – половозрастные группы):

- ноль – один год мужчины/женщины;
- один год – четыре года мужчины/женщины;
- пять лет – семнадцать лет мужчины/женщины;
- восемнадцать лет – пятьдесят девять лет мужчины;
- восемнадцать лет – пятьдесят четыре года женщины;
- шестьдесят лет и старше мужчины;
- пятьдесят пять лет и старше женщины.

8. При определении половозрастных коэффициентов дифференциации в субъекте Российской Федерации допустимо использовать распределение численности застрахованных лиц на иные половозрастные подгруппы с учетом дифференциации в оказании медицинской помощи.

II. Структура тарифного соглашения

9. Структура тарифного соглашения включает следующие разделы:

- 1) общие положения;
- 2) способы оплаты медицинской помощи, применяемые в субъекте Российской Федерации;
- 3) размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи;
- 4) размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;
- 5) заключительные положения.

III. Содержание тарифного соглашения

10. Раздел «Общие положения» содержит сведения об основаниях заключения тарифного соглашения (нормативные правовые акты, в соответствии с которыми разрабатывалось и заключалось тарифное соглашение), предмете тарифного соглашения, представителях сторон, заключивших тарифное соглашение (перечень представителей указывается в соответствии со ст. 30 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»), а также иную информацию в части общих положений (основные термины, определения и прочее).

11. Раздел «Способы оплаты медицинской помощи» содержит сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования в соответствии с базовой программой обязательного медицинского страхования, утверждаемой в составе программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в соответствии со ст. 35 Федерального закона 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

11.1. Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, в том числе включают:

1) перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, включающий следующие разделы:

1.1) медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций), имеющие прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (далее – подушевой норматив);

1.2) медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций), не имеющие прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

2) перечень видов медицинской помощи, форм оказания медицинской помощи, единиц объема медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу;

3) перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций (при наличии) и критерии их оценки (включая целевые значения), а также порядок осуществления выплат медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц, за достижение соответствующих показателей.

11.2. Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе включают:

1) перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях;

2) порядок оплаты прерванных случаев лечения, в том числе при переводах пациентов из одного структурного подразделения в другое в рамках одной медицинской организации либо между медицинскими организациями.

11.3. Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, в том числе включают:

1) перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара;

2) порядок оплаты прерванных случаев лечения, в том числе при переводах пациентов из одного структурного подразделения в другое в рамках одной медицинской организации либо между медицинскими организациями.

11.4. Сведения о применении способов оплаты скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, включают:

1) перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, в том числе перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации (далее – подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи);

2) перечень медицинских услуг, оплачиваемых по отдельным тарифам.

12. Раздел «Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи» включает в себя тарифы на оплату медицинской помощи и их структуру.

12.1. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи определяется в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленной разделом XI Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 03.03.2011, регистрационный № 19998), с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22.03.2013 № 160н «О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Феде-

рации 23.05. 2013, регистрационный № 28480), от 20.11.2013 № 859н “О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н” (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29.11.2013, регистрационный № 30489).

12.2. Установление тарифов на отдельные медицинские услуги осуществляется в соответствии с номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27.12.2011 № 1664н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 24.01.2012, регистрационный № 23010), с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.10.2013 № 794н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27.12.2011 № 1664н “Об утверждении номенклатуры медицинских услуг”» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 31.12.2013, регистрационный № 30977).

12.3. В части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, устанавливаются:

- 1) средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования данного субъекта Российской Федерации, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования;
- 2) размер подушевого норматива финансирования в соответствии с перечнем видов медицинской помощи, форм оказания медицинской помощи, единиц объема медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу;
- 3) тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (медицинская услуга, посещение, обращение (законченный случай)), мероприятий по диспансеризации и профилактическим осмотрам отдельных категорий граждан, применяемые в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов;
- 4) половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива.

12.4. В части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, устанавливаются:

- 1) средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования данного субъекта Российской Федерации, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования;

- 2) перечень групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп (КСГ) или клинико-профильных групп (КПГ) с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ или КПГ;
- 3) размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ или КПГ;
- 4) поправочные коэффициенты оплаты КСГ или КПГ, установленные в субъекте Российской Федерации (при наличии):
 - управленческий коэффициент;
 - коэффициент уровня оказания медицинской помощи;
 - коэффициент сложности лечения пациента;
- 5) тарифы (коэффициенты), применяемые для оплаты прерванных случаев лечения (при наличии);
- 6) тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи.

12.5. В части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, устанавливаются:

- 1) средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования данного субъекта Российской Федерации, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования;
- 2) перечень групп заболеваний, в том числе КСГ или КПГ с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ или КПГ;
- 3) размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ или КПГ;
- 4) поправочные коэффициенты оплаты КСГ или КПГ, установленные в субъекте Российской Федерации (при наличии):
 - управленческий коэффициент;
 - коэффициент уровня оказания медицинской помощи;
 - коэффициент сложности лечения пациента;
- 5) тарифы на оплату медицинской помощи, применяемые для оплаты прерванных случаев лечения (при наличии).

12.6. В части скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, устанавливаются:

- 1) средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования данного субъекта Российской Федерации, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования;
- 2) размер подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи;

3) тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (вызов скорой медицинской помощи, медицинская услуга), применяемые в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов;

4) половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи;

13. Структура тарифов на оплату медицинской помощи устанавливается в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации, в том числе в части базовой программы обязательного медицинского страхования, с указанием долей расходования средств в процентах (в том числе минимальные и (или) максимальные значения) по направлениям расходования средств:

1) расходы на заработную плату, начисления на оплату труда и прочие выплаты;

2) приобретение лекарственных средств и расходных материалов;

3) приобретение продуктов питания;

4) прочие ст. расходования средств: затраты на приобретение мягкого инвентаря, медицинского инструментария, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

14. Раздел «Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества» содержит применяемые к медицинским организациям, участвующим в реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования, санкции за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

15. Раздел «Заключительные положения» устанавливает срок действия Тарифного соглашения, порядок его изменения, порядок индексации тарифов, а также иные аспекты оплаты медицинской помощи и взаимодействия участников системы обязательного медицинского страхования. Тарифное соглашение считается действующим при условии подписания его представителями всех сторон, включенных в состав тарифной комиссии.

<ПИСЬМО>

Минздрава России

ОТ 20.11.2014 № 25-4/10/2-8738

<По вопросу совершенствования доступности оказания обезболивающей терапии>

Министерство здравоохранения Российской Федерации в рамках исполнения протокола видеоселекторного совещания по вопросу совершенствования доступности оказания обезболивающей терапии, проведенного 7 октября 2014 г. с субъектами Российской Федерации, сообщает следующее. Болевой синдром представляет собой самую распространенную проблему у «паллиативных» пациентов (в том числе детей) в терминальной стадии, принося страдания более чем в 60% случаев и ухудшая качество жизни как больного, так и членов его семьи.

При этом более 90% детей могут быть успешно обезболены при условии наличия квалифицированного медицинского персонала и современных лекарственных препаратов. Знания в области патофизиологии и клинических проявлений различных видов боли определяют правильное назначение лечения пациента и эффективность такого лечения.

В настоящее время у ряда медицинских работников существует недопонимание особенностей болевого синдрома у детей, его оценки и купирования. Зачастую медицинские работники не ориентируются в номенклатуре обезболивающих лекарственных препаратов и не знают, какие лекарственные формы и дозировки наркотических анальгетиков следует назначать в той или иной ситуации, особенно пациентам детского и подросткового возраста.

Для правильного подбора обезболивающей терапии в рамках оказания пациентам медицинской помощи необходимо иметь профессиональные кадры, владеющие необходимыми знаниями в области науки о боли, о принципах и средствах ее лечения, правилах подбора наркотических лекарственных препаратов при различных видах боли, возможности их использования самими пациентами или родственниками, особенностям оказания обезболивания инкурабельным онкобольным.

Поэтому руководители медицинских организаций должны предоставить условия для получения их работниками, осуществляющими назначение, выписывание и использование наркотических анальгетиков, вышеуказанных знаний в рамках повышения квалификации и профессиональной переподготовки медицинских специалистов.

Для этого Минздравом России разработан и направлен в образовательные организации в качестве рекомендации для включения в программы повышения квалификации и профессиональной переподготовки медицинских специалистов учебный модуль по теме «Терапия острой и хронической боли». Данный учебный модуль содержит отдельный раздел, посвященный особенностям физиологии боли у детей, оценки болевого синдрома, методам лече-

ния боли, в том числе с использованием лекарственных препаратов, смены наркотических анальгетиков.

Благотворительным фондом развития паллиативной помощи «Детский паллиатив» при участии Минздрава России подготовлены Методические рекомендации «Фармакотерапия персистирующей боли у детей и подростков и ее нормативно-правовое регулирование в паллиативной помощи» (далее – методические рекомендации).

Методические рекомендации разработаны с учетом рекомендаций Всемирной организации здравоохранения (далее – ВОЗ), Ассоциации детской паллиативной медицины и предназначены для врачей разных специальностей (педиатров, общей практики, онкологов, гематологов, терапевтов, неврологов, паллиативной медицинской помощи и др.), осуществляющих лечение персистирующего болевого синдрома у детей и подростков, а также для помощи преподавателям образовательных организаций.

Российской медицинской академией последипломного образования утверждено и рекомендовано к изданию учебное пособие «Фармакотерапия персистирующей боли у детей и подростков и ее нормативно-правовое регулирование при оказании паллиативной помощи», также разработанное Благотворительным фондом развития паллиативной помощи «Детский паллиатив».

Следует отметить некоторые основные требования и особенности обезболивания пациентов детского и подросткового возраста при болях умеренной и сильной интенсивности, отмеченные в методических рекомендациях и учебном пособии.

При ноцицептивной (поверхностной соматической, глубокой соматической, висцеральной) боли используют ненаркотические и наркотические анальгетики, при нейропатической боли к анальгетикам добавляют адъюванты.

Не назначаются в паллиативной медицине для ведения персистирующего болевого синдрома препараты промедола, буторфаноло.

Согласно рекомендациям ВОЗ 2012 года «детская» лестница обезболивания состоит из двух ступеней:

- Ступень 1 (слабая боль): ненаркотические анальгетики +/- адъювант;
- Ступень 2 (умеренная и сильная боль): сильные наркотические анальгетики + ненаркотические анальгетики +/- адъювант.

Главные принципы использования анальгетиков в детской паллиативной помощи «по часам», «оптимальный способ введения» и «по восходящей»:

- 1) принцип «по часам» предполагает, что анальгетики принимаются регулярно с учетом времени действия препарата до возникновения боли, а не по необходимости;
- 2) принцип «оптимальный способ введения» предполагает, что сильные наркотические анальгетики вводятся наиболее эффективным и наименее болезненным способом: через рот или в виде трансдермальных терапевтических систем; из парентеральных путей – подкожный или внутривенный. Внутримышечный способ не используется;
- 3) принцип «по восходящей» предполагает, что лечение начинается с ненаркотических анальгетиков I ступени, и если они не эффективны, то переходят или либо добавляют сильные наркотические анальгетики II ступени.

Наркотические анальгетики должны «титроваться» на индивидуальной основе, начиная с рекомендуемой стартовой дозы. Доза подбирается пошагово, пока не будет достигнуто обезболивание. Максимальные суточные дозы существуют у кодеина и трамадола. Максимальной дозы сильных наркотических анальгетиков нет. Оптимальная доза согласовывается с пациентом, чтобы достичь максимально возможного обезболивания с минимальными побочными эффектами. Наркотические анальгетики безопасны, эффективны и не приводят к наркомании, если они применяются строго по назначению для снятия болевого синдрома в соответствии с принципами паллиативной медицины и современными рекомендациями ВОЗ по их использованию у детей.

Ознакомиться с полным текстом методических рекомендаций можно на сайте Федеральной электронной медицинской библиотеки www.femb.ru и на сайте Благотворительного фонда развития паллиативной помощи «Детский паллиатив»: www.rcpcf.ru, раздел «Ресурсы»¹, телефон +7 (499) 799-80-73, электронная почта info@rcpcf.ru, контактное лицо Савва Наталья Николаевна (телефон +8-965-374-24-43, электронная почта nsavva@mail.ru).

Министерство здравоохранения Российской Федерации предлагает довести данную информацию до сведения всех руководителей территориальных органов управления здравоохранением и медицинских организаций, осуществляющих оказание обезболивающей терапии детям и подросткам.

Заместитель министра здравоохранения
Российской Федерации
И.Н. КАГРАМАНЯН

¹ http://www.rcpcf.ru/wp-content/uploads/2014/07/Farmakoterapiya_all.pdf (дата обращения – 18.12.2014). – Примеч. ред.

www.zdrav.ru

портал информационной
поддержки специалистов ЛПУ



Присоединяйтесь
к сообществу профессионалов!

Реклама

О порядке предоставления дополнительных документов

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения в связи с поступающими запросами от граждан, получивших медицинское и фармацевтическое образование в образовательных учреждениях Украины и претендующих на право занятия медицинской и фармацевтической деятельностью в Российской Федерации (далее – соискатели), по вопросу представления в Росздравнадзор дополнительных документов информирует.

В соответствии с пунктом 4 Положения о порядке допуска к медицинской и фармацевтической деятельности в Российской Федерации лиц, получивших медицинскую и фармацевтическую подготовку в иностранных государствах, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 07.02.1995 № 119 (далее – Положение), после установления эквивалентности документа об образовании, выданного на территории иностранного государства, а также в случаях, когда подтверждение иностранного диплома не требуется, соискатель представляет в Росздравнадзор заявление установленного образца с приложением: документов об образовании; сведений о предшествующей работе по специальности; фотографий. Необязательность предоставления каких-либо документов Положением не предусмотрена.

Вместе с тем в сертификатах специалиста, выдаваемых образовательными учреждениями Украины, отсутствуют сведения о виде (интернатура/ординатура/переподготовка) и продолжительности/периоде (дата поступления/окончания) последипломного профессионального образования. Для анализа соответствия полученной соискателями в образовательных учреждениях Украины последипломной профессиональной подготовки соответствующему профессиональному образованию Российской Федерации Росздравнадзором дополнительно запрашиваются сведения, подтверждающие вид, период и нормативный срок последипломного профессионального образования. В качестве подтверждающих документов соискателями могут быть представлены иные документы (копия трудовой книжки, архивной справки, удостоверения врача-интерна, приказа о зачислении/отчислении из интернатуры и др.), подтверждающие вид (интернатура, клиническая ординатура и др.) и продолжительность послевузовского профессионального обучения по избранной специальности (при прохождении послевузовской профессиональной переподготовки – в академических часах).

Дополнительно сообщаем, что при необходимости установления соответствия полученной соискателем специальности номенклатурам специальностей специалистов со средним (утверждена приказом Минздравсоцразвития России от 16.04.2008 № 176н) или высшим/послевузовским (утверждена

приказом Минздравсоцразвития России от 23.04.2009 № 210н) медицинским и фармацевтическим образованием Росздравнадзором может быть запрошена развернутая посеместровая программа последипломной профессиональной подготовки (в академических часах).

Для получения архивных справок необходимо обращаться:

- в Донецком национальном медицинском университете – к директору Учебно-научного института последипломного образования профессору В.И. Чернию (83003, Украина, г. Донецк, пр. Ильича, д. 16, e-mail: fipo@dsmu.edu.ua);
- в Луганском государственном медицинском университете – к врио ректора профессору В.В. Симроку (91045, Украина, г. Луганск, кварт. 50-летия обороны Луганска, 1г, e-mail: kanc@lsmu.edu.ua).

Врио руководителя
М.А. МУРАШКО

Информационный центр «МЦФЭР Медицина»

- Электронные системы
- Профессиональные журналы
- Конференции и семинары

**Экспертная
поддержка
ЛПУ**



8 (495) 937-90-82
www.zdrav.ru, medicine@mcfr.ru

Реклама

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

ekarpov@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 11.02.2015.

Формат 70 × 108 1/16. Бумага офсетная.

Усл. печ. л. 11,2. Тираж 7600 экз. Изд. № 6844. Зак. № К-2761.

Дата выхода в свет 02.03.2015.

ЗАО «МЦФЭР». 129090, г. Москва, ул. Щепкина, д. 25/20.

Цена свободная.

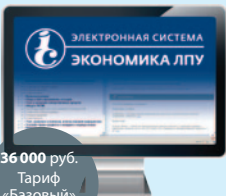
Отпечатано в ОАО «ИПК «Чувашия»

428019, Чувашская Республика, г. Чебоксары, пр-т И. Яковлева, д. 13.

ISSN 1028-9771



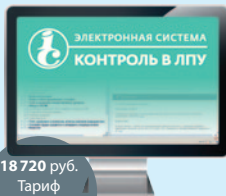
Ваша экспертная поддержка в удобном формате



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



12 210 руб.

Журнал «Здравоохранение»
и журнал «Управление
качеством
в здравоохранении»



1 320 руб.

Журнал «Управление
качеством
в здравоохранении»



3 696 руб.

Журнал «Экономика ЛПУ
в вопросах и ответах»



8 316 руб.

Журнал «Правовые вопросы
в здравоохранении»



7 062 руб.

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



10 098 руб.

Журнал «Главная
медицинская сестра»



4 818 руб.

Журнал «Справочник
фельдшера и акушерки»



6 336 руб.

Журнал «Справочник
заведующего КДЛ»



12 540 руб.

Журнал «Новая Аптека»

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

МедСервис

115114, Россия, Москва, ул. Дербеневская, д. 20, стр. 32
тел.: 8 (495) 633-2353, 633-2352, 633-2434, 633-2326
e-mail: office@medservice.biz <http://medservice.info>

Более 20 лет мы поставляем лабораторное оборудование, реагенты и расходные материалы, а также обеспечиваем сервисное обслуживание и техническую поддержку лабораторного диагностического оборудования. Специалисты компании «Медсервис», сертифицированные производителями, занимаются не только монтажом и сервисным обслуживанием оборудования, но и обучением и тренингом персонала, работающего на этом оборудовании.

Имея многолетнюю деловую репутацию, мы сотрудничаем с государственными и коммерческими лечебными учреждениями, лабораториями и научными центрами МЗ РФ. Компания «Медсервис» является членом РАМЛД и активно участвует в научно-образовательных программах.

География сети продаж, сервисного обслуживания и технической поддержки – от Калининграда до Владивостока – обеспечена как специалистами компании «Медсервис», так и её региональными представителями, что позволяет разрешать любые вопросы в кратчайшие сроки.

Партнёры компании «Медсервис» – мировые лидеры-производители лабораторного диагностического оборудования, реагентов и расходных материалов.

Мы видим нашей главной задачей облегчение работы персонала отечественного здравоохранения при повышении качества медицинских услуг.



Реклама

Мы осуществляем поставку анализаторов и реагентов, а также расходных материалов:

- Для диагностики критических состояний (анализаторы КЩС и электролитов);
- Системы молекулярной диагностики;
- Системы экспресс-диагностики (крови и мочи);
- Осмометры;
- Биохимические анализаторы;
- Гематологические анализаторы;
- Иммунологические анализаторы;
- Коагулометры;
- Системы электрофореза и аналитическое оборудование;
- Системы для забора крови;
- Реагенты для перечисленных анализаторов и систем диагностики.