

WWW.ZDRAV.RU

Здравоохранение

журнал рабочих ситуаций главного врача

№9
сентябрь 2014

Плазменные стерилизаторы

Проходные, непроходные и настольные модели.
Объем камеры от 30 до 250 литров.
Доступные цены.



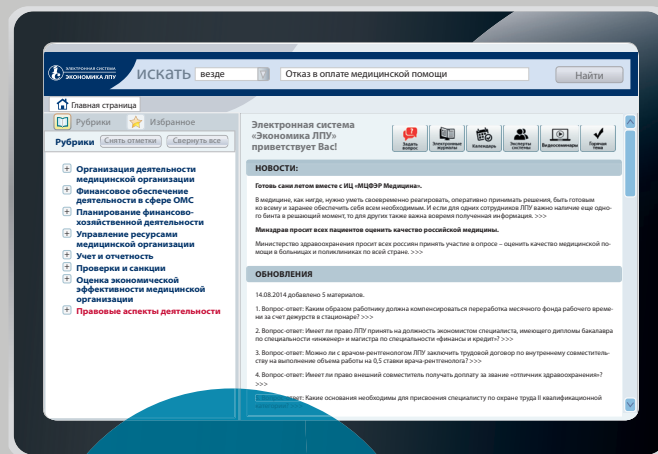
TM Sterrad, Stericool, Laoken



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

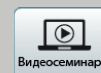
Электронная система «Экономика ЛПУ»

Система экспертных практических рекомендаций
с нормативными документами и электронными версиями
журналов для экономистов ЛПУ



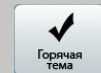
Новый подход
к решению
задач

Новинки-2015 !



Вебинары

Видеозаписи семинаров
ведущих экспертов отрасли



Горячие темы

Подборки экспертных
разъяснений и рекомендаций,
позволяющие быстро
разобраться в особенностях
сложных вопросов

Рубрика
«Правовые аспекты
деятельности»

Материалы для экономиста
ЛПУ по организации
претензионной работы,
урегулированию споров
и конфликтов в досудебном
и судебном порядках

72 Стандарты медицинской помощи –
старое значение в новых условиях



Закажите тестовый доступ на www.elpu.ru



Как работает электронная система «Экономика ЛПУ»?

Отказ в оплате медицинской помощи

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

Посмотрите видеосеминары по интересующей теме, где авторитетные лекторы всесторонне раскрывают вопрос.

Разъяснение

Может ли быть отказано в оплате медицинской помощи, если при ее оказании использовались лекарственные препараты, не входящие в перечень ЖНВЛП?

Иванов А.В.

ст. науч. сотрудник отдела проблем информационного обеспечения здравоохранения НИИОЗи-УЗ ГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова»

Факт применения лекарственного препарата, не включенного в перечень ЖНВЛП, не может являться самостоятельным основанием для отказа в оплате (уменьшения оплаты) медицинской помощи по ОМС.

Оплата медицинской помощи по ОМС проводится:

- на основании договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС (ч. 1 ст. 20 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ);
- по тарифам на оплату медицинской помощи;
- в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по ОМС, установленным Правилами обязательного медицинского страхования (ч. 6 ст. 39 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ).

Договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС заключается между медицинской организацией (включенной в реестр медицинских организаций, которые участвуют в реализа-

Вопрос-ответ

ВОПРОС

Является ли перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи перечнем оснований для вывода о ненадлежащем качестве медицинской помощи?

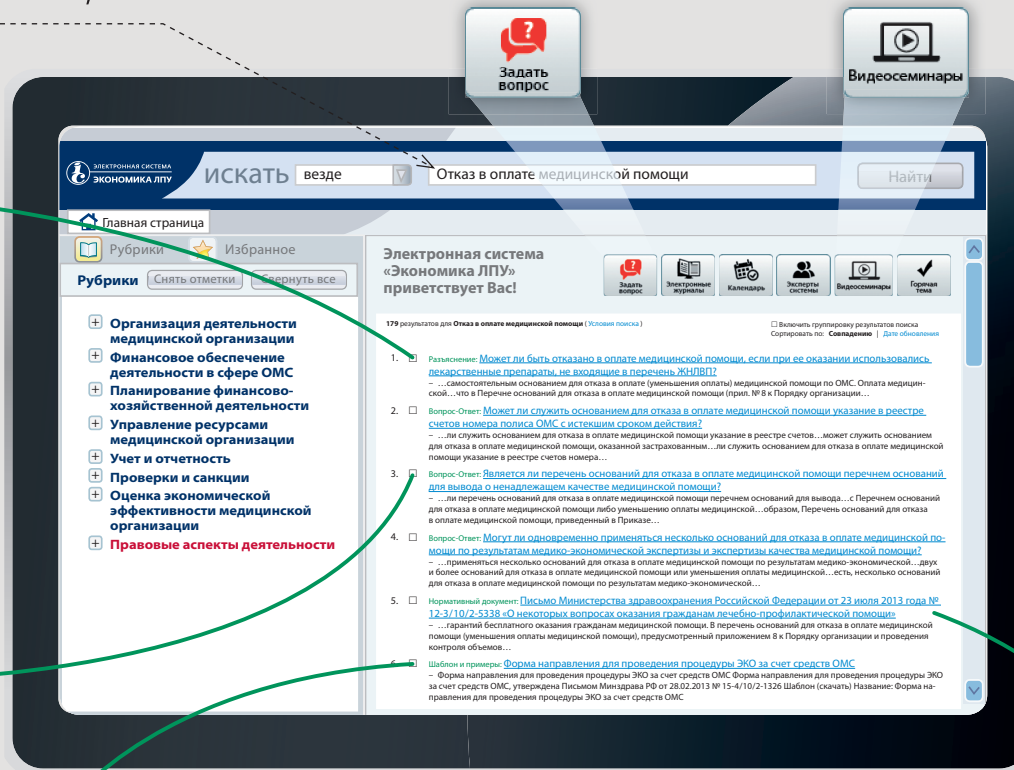
ОТВЕТ

Исходя из ст. 40 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ, при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС применяется Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС (утв. Приказом ФФОМС от 01.12.2010 № 230).

По результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи применяются меры, предусмотренные ст. 41 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ и условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по ОМС, установленным правилами ОМС (ч. 10 ст. 40 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ).

В ч. 1 ст. 41 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ определено, что сумма, не подлежащая оплате по результатам экспертизы качества медицинской помощи, удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, или подлежит возврату в страховую медицинскую организацию, в соответствии с Перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи, в соответствии с порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

Таким образом, Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи, приведенный в Приказе ФФОМС от 01.12.2010 № 230, может использоваться для вывода о ненадлежа-



Шаблон и примеры

Форма направления для проведения процедуры ЭКО за счет средств ОМС

The form is titled 'Форма направления для проведения процедуры ЭКО за счет средств ОМС'. It contains several fields for personal and medical information, including name, date of birth, and medical history. The form is designed to be filled out by a medical professional to authorize the procedure.

Форма направления для проведения процедуры ЭКО за счет средств ОМС, утверждена Письмом Минздрава РФ от 28.02.2013 № 15-4/10/2-1326

Шаблон [\(скачать\)](#)

Нормативный документ

Министерство здравоохранения Российской Федерации

Письмо

от 23 июля 2013 года № 12-3/10/2-5338

О некоторых вопросах оказания гражданам лечебно-профилактической помощи

Министерство здравоохранения Российской Федерации в связи с вступлением в силу приказа Минздрава России от 11.03.2013 № 121н «Об утверждении Требований к организации и выполнению работ (услуг) при оказании первичной медико-санитарной, специализированной (в том числе высокотехнологичной), скорой (в том числе скорой специализированной), паллиативной медицинской помощи, оказании медицинской помощи при санаторно-курортном лечении, при проведении медицинских экспертиз, медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в рамках

Реклама

Закажите тестовый доступ к системе по тел.: 8 (495) 937-9082 или на сайте www.elpu.ru

РЕДАКЦИОННЫЙ И ЭКСПЕРТНЫЙ СОВЕТ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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 ЦНИИОИЗ Минздрава России

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ЯНИН В.Н. – министр здравоохранения Красноярского края

КОРОТКО

- 4 СОБЫТИЯ
- 10 НОРМАТИВНАЯ БАЗА

РАБОЧАЯ СИТУАЦИЯ

ЭКОНОМИКА ЛПУ

М.В. Пирогов

- 20 Стоматологическая помощь в рамках госгарантий: быть или не быть?

ПРОГРАММА ГОСГАРАНТИЙ

А.В. Устюгов

- 34 ОМС в 2013 г.: итоги работы в новых условиях

ГОСЗАКУПКИ ЛПУ

А.А. Федоров

- 44 Установление требований к закупаемым лекарственным средствам

ПРЕДМЕТНО-КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ УЧЕТ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

В.Н. Тарасевич, Н.В. Новикова

- 52 Порядок ведения предметно-количественного учета лекарственных средств в учреждениях здравоохранения

МАРКЕТИНГ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Е.А. Тарасенко

- 64 Стратегии позиционирования частных ЛПУ на рынке медицинских услуг

КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

ПОРЯДКИ И СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

О.Ю. Александрова, А.В. Иванов, О.А. Нагибин

- 72 Стандарты медицинской помощи – старое значение в новых условиях

- Г.А. Корчагина, Е.В. Фадеева, Я.В. Колпаков, В.Н. Холдин**
- 80** Системный подход при разработке стандартов первичной профилактики потребления психоактивных веществ

КОНТРОЛЬ И ЭКСПЕРТИЗА

- А.Л. Линденбратен, Т.В. Гололобова**
- 88** Роль безопасности медицинской деятельности в обеспечении ее качества

ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ

МЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ

- О.В. Романовская**
- 96** Этические документы в медицинском праве

КВАЛИФИКАЦИЯ КАДРОВ ЛПУ

- О.Ю. Кутумова, Г.В. Матюшина**
- 102** Роль фельдшера при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения

ТРУДОВЫЕ ОТНОШЕНИЯ В ЛПУ

- Е.В. Васильева**
- 108** Материальная помощь работнику: налоговые последствия

ПЕНСИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ РАБОТНИКОВ ЛПУ

- И.С. Цветкова**
- 114** Досрочное назначение трудовой пенсии по старости

НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

- 119** Приказ Минздрава России от 22.04.2014 № 183н
«Об утверждении перечня лекарственных средств для медицинского применения, подлежащих предметно-количественному учету»
- 123** Приказ Минздрава России от 19.06.2014 № 293н
Об утверждении регламента проведения Министерством здравоохранения Российской Федерации ведомственного контроля в сфере закупок для обеспечения федеральных нужд

Минздрав России разработал программу госгарантий на 2015 г.

В проект программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 г. и на плановый период 2016 и 2017 гг. включен перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, который содержит, в т. ч. методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи.

В программе обособлен раздел «Базовая программа обязательного медицинского страхования», а также в разделе VI программы конкретизирован вид медицинской помощи при ее оказании в стационарных условиях – «специализированная медицинская помощь».

При подготовке программы проведена оптимизация средних нормативов объема медицинской помощи по видам и условиям ее оказания на 2015 г., с дальнейшей стабилизацией их значений на плановый период 2016 и 2017 гг.

При этом на основе статистических данных о динамике заболеваемости и смертности населения Российской Федерации, в т. ч. в части социально значимых заболеваний, учитывалась потребность населения в медицинской помощи, а также фактическое выполнение объемов медицинской помощи за 2013 г. (по данным статической формы № 62).

Оптимизация средних нормативов объема медицинской помощи по видам и условиям ее оказания на 2015 г. в части медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов РФ, и, соответственно перераспределение подушевых расходов по видам и условиям оказания медицинской помощи позволила предусмотреть в рамках подушевого норматива финансирования программы за счет средств бюджетов субъектов РФ приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью свыше 100 тыс. руб.

Источник: www.medvestnik.ru

Новая модель страховой медицины

Основатель системы обязательного медицинского страхования в России и первый директор Федерального фонда ОМС В.И. Гришин разработал новую концепцию, которая позволит вернуть бесплатное здравоохранение.

Недостаток финансирования, растущие цены на медицинские услуги и организационно-экономические проблемы привели к ухудшению доступности качественной медицинской помощи для россиян, считает В.И. Гришин. По его мнению, развитие здравоохранения невозможно без модернизации системы медицинского страхования.

Суть данной концепции заключается в открытии при страховании персонального медицинского счета, на который государство, работодатель и/или сам застрахованный будут вносить в виде фиксированного платежа определенную (установленную государством) сумму, исходя из стоимости медобеспечения в расчете на год. Счет открывается в полномочных российских банках, а страхование производят страховые компании (это могут делать и Фонды обязательного медицинского страхования). Россиянин получает пластиковую карточку, которая будет и полисом медицинского страхования, и электронной историей болезни, и платежным документом, с помощью которого он может оплачивать лечение.

Каждый застрахованный сможет без уплаты каких-либо налогов положить собственные деньги на счет для оплаты медпомощи или благотворительные средства. Лимит безналоговых поступлений будет устанавливать государство.

Источник: www.doctorpiter.ru

ФФОМС не доволен работой страховых компаний

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования не доволен работой страховых компаний.

Об этом сообщила заместитель директора ФФОМС И.В. Соколова на международной конференции «Повышение эффективности первичного звена здравоохранения в Подмосковье. Проблемы и пути решения». Отвечая на вопрос участвовавшего в конференции президента Национальной медицинской палаты Л.М. Рошалы «Как вы относитесь к страховым компаниям и нужны ли они в том виде, в каком есть?», – она призналась, что не может ответить положительно.

«Если сказать «да», то это будет лукавством», – отметила И.В. Соколова. – «Те функции, которые они изначально должны выполнять, и для чего создавались – вести застрахованного от начала обращения и до полного выздоровления, пока такой функции у нас страховые компании не выполняют».

По ее словам, в системе ОМС сегодня действуют 67 страховых компаний, и есть устойчивая тенденция к их сокращению.

«Компании будут укрупняться, и это в какой-то степени повлияет на улучшение качества их работы», – выразила надежду заместитель директора ФФОМС.

«Думаю, в итоге будут выработаны решения для того, чтобы страховые компании выполняли те задачи, которые должны выполнять. Но сказать, что они посредники – на сегодняшний день уже тоже не совсем правильно», – отметила она.

Комментируя сказанное, Л.М. Рошаль заметил: «Я думаю, если у нас медицинская документация на первом месте, она и будет на первом месте, так как в основном проверяют документы, а не качество оказания медицинской помощи. Лоббистская мощь и сила страховых компаний огромны».

Источник: www.medportal.ru

Минпромторг России изменит условия продажи медизделий

Минпромторг собирается запретить продажу медицинских изделий в розницу вне стационарных мест торговли. Это необходимо, чтобы защитить покупателей от обмана со стороны недобросовестных продавцов, заявляют в ведомстве. Сейчас эта инициатива проходит общественное обсуждение.

Запрет коснется только продажи медизделий в форме разносной торговли, то есть «с рук». Указано, что нельзя будет торговать медицинскими аппаратами и приборами на дому, по месту работы или учебы, в транспорте, на улице и в других подобных местах. При этом ограничения не будут действовать на дистанционную продажу товара.

«От граждан поступает большое количество жалоб о нарушении их прав при продаже медицинских аппаратов и приборов посредством разносной торговли. В ряде случаев в действиях лиц, реализующих такие изделия, усматриваются признаки мошенничества», – указано на едином портале размещения информации.

Напомним также, что в конце июня Госдума запретила рекламировать медизделия в специализированных СМИ, поскольку россияне постоянно жаловались на недобросовестную рекламу «чудодейственных» устройств. А в начале июля депутаты приняли в первом чтении законопроект, по которому за выпуск медицинских изделий без лицензии будет грозить до пяти лет тюрьмы, а за производство поддельных упаковок и инструкций по применению – до трех лет.

Источник: www.ami-tass.ru

Закупки дорогого медоборудования могут вестись за счет ОМС

Медицинским организациям могут разрешить покупать дорогостоящее оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь за счет средств обязательного медицинского страхования. Соответствующий законопроект внесен в Госдуму.

Предлагается увеличить лимит стоимости приобретения основных средств (оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря) за счет средств ОМС, установив его в сумме до 1 млн руб. за единицу. Такая мера предусмотрена в целях выполнения стандартов и порядков оказания медицинской помощи, предусматривающих инструментально-диагностические и лечебные процедуры с использованием дорогостоящего оборудования. Напомним, что по действующему законодательству РФ (ч. 7 ст. 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»), в структуру тарифа на оплату медицинской помощи по ОМС, в частности, включены расходы стоимости приобретения основных средств за счет средств обязательного медицинского страхования в сумме до 100 тыс. руб. за единицу. При этом утверждение методики расчета тарифов на оплату медицинской помощи отнесено к полномочиям федеральных органов исполнительной власти.

Как отмечается в пояснительной записке к документу, предлагаемые изменения призваны обеспечить эффективное использование средств ОМС в целях повышения качества и доступности медицинской помощи застрахованным.

Источник: www.medvestnik.ru

Минздрав России не согласен со Счетной палатой

Минздрав не согласился с оценкой своей деятельности Счетной палатой. В ответе министерство утверждает, что ситуация в здравоохранении не ухудшается – наоборот, в последние 1,5 года наблюдается подъем отечественной медицины.

Оценки аудиторов Счетной палаты, обнародованные в докладе от 31.07.2014, не во всем совпадают с экспертными оценками, сделанными по аналогичным вопросам специалистами Минздрава, отмечается в официальном комментарии министерства. Напомним, Счетная палата обвинила Минздрав в разных упущениях – например, в коммерциализации государственной медицины. «При определенном росте расходов населения на медпомощь (что характерно практически для всех стран мира с развитой медициной) соотношение расходов из госсредств и из средств населения на здравоохранение в 2013 г. в сравнении с 2008 г. (в 2009–2012 гг. такие оценки не проводились) не изменилось и составило 64,8% и 35,2% соответственно», – не соглашается с аудиторами Счетной Палаты Минздрав России.

Также Минздрав обосновал ситуацию, связанную с различиями в расчетах стоимости медуслуг в разных регионах РФ: сейчас ситуация с тарифами обстоит гораздо лучше. Если в 2008–2009 гг. тарифы в системе ОМС между регионами в отдельных случаях отличались в 25 раз, то сейчас их дифференциация уже в 76 субъектах РФ составляет менее 20%.

По мнению Минздрава, обвинения Счетной палаты неоправданны. Благодаря всем мерам министерства удалось достичь, по итогам 2013 г., исторического максимума по продолжительности жизни россиян (женщин – более 76 лет, мужчин – более 65 лет), исторического минимума по материнской и младенческой смертности, что позволило России войти в короткий перечень стран, выполнивших 4-ю и 5-ю Цели развития тысячелетия ООН, а также в целом снизить смертность от болезней системы кровообращения – на 11,7 %, от травм и отравлений – на 7,4 %, туберкулеза – на – 9,7%.

Источник: www.doctorpiter.ru

Постановление об инвестировании свободных средств ФФОМС

Премьер-министр Российской Федерации Д.А. Медведев подписал постановление о повышении эффективности инвестирования временно свободных средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

Документ направлен на повышение эффективности инвестирования временно свободных средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориальных фондов обязательного медицинского страхования, резерва средств на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

Постановлением установлены требования для кредитных организаций, в депозиты которых могут размещаться временно свободные средства: наличие собственных средств (капитала) не менее 10 млрд руб. (вместо 5 млрд руб.) или прямой (косвенный) контроль Банка России или Российской Федерации.

Кроме того, отменено требование о наличии у кредитной организации рейтинга долгосрочной кредитоспособности по обязательствам в валюте Российской Федерации или в иностранной валюте, присвоенного международным рейтинговым агентством (либо национальным рейтинговым агентством).

Помимо этого, установлен порядок расчета лимита размещения временно свободных средств в депозиты для каждой кредитной организации.

Источник: www.medvestnik.ru

В России очень низкая нагрузка на высокотехнологичную медтехнику

В России сохраняется разрыв между темпами роста приборной базы и возможностями специалистов и менеджеров правильно использовать новые возможности.

К такому выводу пришли эксперты, проанализировав официальную статистику Минздрава России по ресурсной обеспеченности и оснащенности региональных диагностических служб за последние пять лет.

«Нередко региональные коллеги хвастаются, что их регион достиг уровня Франции или Великобритании по обеспеченности магнитно-резонансными томографами. Но на деле нагрузка на приборы очень низкая», – рассказывает отраслевой эксперт, д-р мед. наук М.Л. Свещинский. – «Неважно, сколько тех или иных медицинских приборов в регионе. Важно, какое количество пациентов могут получить данную услугу».

По итогам программ модернизации, зачастую можно увидеть либо низкую загрузку оборудования, либо неполное использование возможностей современных технологий.

«Это можно и нужно исправлять: за счет глубокого и постоянного образования специалистов, за счет профессиональных и независимых аудитов, открытой публикации данных о состоянии здравоохранения и отдельных его служб, за счет открытых обсуждений в профессиональных кругах результатов реализованных проектов и целей предстоящих изменений.

К сожалению, эффективное использование медицинского оборудования во многих регионах остается на очень низком уровне. Я считаю, это связано с дефектом менеджмента. Нам необходим резкий рост качества подготовки медицинского менеджмента, вдумчивый подход к внедрению новаций, бизнес-планирование, качественное образование руководителей и применение ими современных технологий управления, направленных на существенный рост эффективности и качества», – заключил М.Л. Свещинский.

Источник: www.remedium.ru

В медицинских организациях вводится независимая оценка качества услуг

Внесены изменения в Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Теперь в законе появилась новая статья, посвященная независимой оценке качества оказания услуг медицинскими организациями.

Независимая оценка качества оказания услуг медицинскими организациями является одной из форм общественного контроля и проводится в целях предоставления гражданам информации о качестве оказания услуг медицинскими организациями, а также в целях повышения качества их деятельности. Независимая оценка качества оказания услуг медицинскими организациями не осуществляется в целях контроля качества и безопасности медицинской деятельности, а также экспертизы и контроля качества медицинской помощи.

Для проведения независимой оценки формируются общественные советы на федеральном, региональном и муниципальном уровнях. Состав общественного совета формируется из числа представителей общественных объединений по защите прав граждан в сфере охраны здоровья, медицинских профессиональных некоммерческих организаций (их представителей). Число членов общественного совета не может быть менее пяти человек. Члены общественного совета осуществляют свою деятельность на общественных началах.

Информация о результатах независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями подлежит обязательному рассмотрению органами государственной власти и органами местного самоуправления в месячный срок и учитывается ими при выработке мер по совершенствованию деятельности медицинских организаций.

Источник: www.kodeks.ru

Минпромторг России отменил запрет на закупки иностранного медоборудования

Минпромторг России пересмотрел проект постановления о запрете госзакупок иностранных медицинских изделий. В частности, из него исключены перинатальная и часть сложной рентгеновской техники.

В новом проекте постановления Минпромторг изменил формулировку: вместо «запрета» в новой версии документа вводятся «ограничения». Это сделано в целях сохранения полномасштабной конкуренции на рынке медицинского оборудования, а также во избежание возможных затруднений с проведением торгов.

Таким образом меняется методология документа. В новой редакции проекта постановления к участию в торгах допускаются заявки на поставку иностранных товаров, если интереса к данному тендеру вообще нет или есть только у одного претендента из какой-либо страны Таможенного союза – России, Белоруссии или Казахстана. Такой подход обеспечит здоровую конкуренцию среди отечественных производителей и поддержит инновационное развитие отрасли.

Ограничение распространяется не на все виды, а лишь на определенный перечень медицинских изделий, производство которых соответствует следующим критериям: наличие конкурентоспособных отечественных производителей и достаточный уровень внутренней конкуренции; наличие производственных возможностей для обеспечения потребности здравоохранения; соответствие продукции и ее производства ГОСТу ISO 13485-2011 «Изделия медицинские. Системы менеджмента качества. Системные требования для целей регулирования».

Источник: www.doctorpiter.ru

«Пониженный гемоглобин – одна из причин возникновения анемии»

На базе ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» начал работать центр «Анемия-Стоп».

Целью данной инициативы является своевременная диагностика анемических состояний и грамотная терапия заболевания у женщин с использованием современных методов.

Железодефицитная анемия является глобальной проблемой системы здравоохранения различных стран. По данным экспертов ВОЗ, около 40% населения земного шара страдают анемией, при этом у женщин это заболевание выявляется в 3 раза чаще, чем у мужчин. В странах Западной Европы и США проблема железодефицитной анемии частично решается благодаря реализации программы ВОЗ «Гемоглобиновое оздоровление населения». В России эта инициатива не реализуется, и анемия остается серьезной медико-социальной проблемой для большого количества людей.

Анемия чаще всего затрагивает наиболее уязвимые группы населения: ей страдают дети в возрасте до 5 лет, беременные женщины, лица с хроническими заболеваниями и пожилые. Снижение уровня гемоглобина может иметь тяжелые последствия, приводить к усугублению хронических заболеваний и тем самым усложнять лечение. При данном состоянии высок риск развития сердечной недостаточности и кардиомиопатии. Крайне опасна анемия у беременных женщин, т. к. она может приводить к задержке развития плода, аномальной плацентации и другим осложнениям. Учитывая, что снижение гемоглобина в крови обнаруживается у 50% беременных женщин, проблема лечения анемии стоит крайне остро.

Открытие центра «Анемия-Стоп» на базе ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» является серьезным шагом на пути решения проблемы диагностики и лечения железодефицитной анемии. Благодаря внедрению передовых западных технологий специалисты центра могут в кратчайшие сроки диагностировать анемию и оказать пациентам своевременную профессиональную помощь.

Центр «Анемия-Стоп», работающий на базе отделения гравитационной хирургии крови, располагает лабораторией, современными мощными приборами и профессиональным врачебным составом.

В случае постановки диагноза «железодефицитная анемия» у пациента есть возможность получить профессиональную консультацию, а также пройти эффективную терапию современными внутривенными препаратами железа. Оказание помощи предусмотрено как в амбулаторных условиях, так и в стационаре дневного пребывания, что позволяет не только сократить сроки пребывания пациентов в стационаре, но и значительно уменьшить стоимость лечения.

«Наш центр обладает всеми лабораторными и профессиональными возможностями, позволяющими комплексно разобраться в самых тяжелых формах анемии, – комментирует директор НЦАГиП имени академика В.И. Кулакова Г.Т. Сухих. – И мне очень приятно, что проект «Анемия-Стоп», стартовавший на Западе, получил свое продолжение на территории Российской Федерации именно у нас, в самом крупном национальном центре акушерства и гинекологии. Надеюсь, в ближайшем будущем подобные центры будут открыты во многих медицинских учреждениях».

Источник: ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова»

**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН ОТ 21.07.2014 № 268-ФЗ
О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН «О БЮДЖЕТЕ ФЕДЕРАЛЬНОГО
ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА 2014 ГОД И НА ПЛА-
НОВЫЙ ПЕРИОД 2015 И 2016 ГОДОВ» И СТАТЬЮ 51 ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА
«ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Суть документа > В 2014 г. бюджетам ТФОМС Республики Крым и г. Севастополя предусмотрены межбюджетные трансферты на финансирование обязательного медицинского страхования. Из средств нормированного страхового запаса ФФОМС в 2014 г. бюджету территориального фонда ОМС Республики Крым предусмотрен межбюджетный трансферт в сумме до 60 000,0 тыс. руб., бюджету территориального фонда ОМС г. Севастополя в сумме 15 000,0 тыс. руб. Также установлено, что с 1 января по 31 декабря 2014 г. средства нормированного страхового запаса ФФОМС могут направляться на финансовое обеспечение оказания высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования.

**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН ОТ 21.07.2014 № 254-ФЗ
О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН «ОБ ОБЕСПЕЧЕНИИ
ЕДИНСТВА ИЗМЕРЕНИЙ»**

Суть документа > Юридические лица и индивидуальные предприниматели, осуществляющие деятельность в областях, отнесенных к сфере государственного регулирования обеспечения единства измерений, могут создавать метрологические службы в добровольном порядке. Определено также, что порядок отнесения технических средств к техническим системам и устройствам с измерительными функциями устанавливается федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в области обеспечения единства измерений. Кроме того, установлено, в частности, что сфера государственного регулирования обеспечения единства измерений распространяется на осуществление деятельности в области гражданской обороны, защиты населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера, обеспечения пожарной безопасности, безопасности людей на водных объектах. Закон вступает в силу по истечении ста восьмидесяти дней после дня его официального опубликования.

**ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН ОТ 21.07.2014 № 205-ФЗ
О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЯ В СТАТЬЮ 101 ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА «ОБ ОСНОВАХ
ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»**

Суть документа > Срок передачи органам государственной власти субъектов РФ полномочий Российской Федерации по обеспечению лекар-

ственными препаратами отдельных категорий больных перенесен на 1 января 2018 г.

Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» ранее было установлено, что организация 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 лекарственными препаратами должна была осуществляться органами государственной власти субъектов РФ с 1 января 2015 г.

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН ОТ 10.07.2014 № 204-ФЗ О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В СТАТЬЮ 50 ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА «ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»

Суть документа > Государственной корпорации по содействию разработке, производству и экспорту высокотехнологичной промышленной продукции «Ростех» будут предоставляться государственные субсидии на строительство перинатальных центров в субъектах РФ. Субсидии будут предоставляться из бюджета ФФОМС в случае возложения на «Ростех» правовыми актами Президента РФ функций заказчика по обеспечению выполнения инженерных изысканий и подготовки проектной документации для строительства региональных перинатальных центров в субъектах РФ, а также строительства и ввода в эксплуатацию этих центров. После завершения строительства и ввода таких центров в эксплуатацию «Ростех» обеспечивает их передачу в собственность субъектов РФ.

ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ ОТ 17.07.2014 № 672 ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПРАВИЛ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТОЙКОЙ УТРАТЫ ТРУДОСПОСОБНОСТИ СОТРУДНИКОВ УЧРЕЖДЕНИЙ И ОРГАНОВ УГОЛОВНО-ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ, ФЕДЕРАЛЬНОЙ ПРОТИВОПОЖАРНОЙ СЛУЖБЫ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРОТИВОПОЖАРНОЙ СЛУЖБЫ, ОРГАНОВ ПО КОНТРОЛЮ ЗА ОБОРОТОМ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ И ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ И ТАМОЖЕННЫХ ОРГАНОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Суть документа > Установлена процедура определения стойкой утраты трудоспособности сотрудников учреждений и органов уголовно-исполнительной системы, федеральной противопожарной службы Государственной противопожарной службы, органов госнаркоконтроля и таможенных органов в целях выплаты ежемесячной денежной компенсации. Согласно утвержденным Правилам направление сотрудника в федеральное учреждение медико-социальной экспертизы для определения стойкой утраты трудоспособности осуществляется медицинской организацией федерального органа ис-

полнительной власти, в котором сотрудник проходит службу, а при ее отсутствии по месту службы, месту жительства или иному месту нахождения сотрудника – иной медицинской организацией государственной или муниципальной системы здравоохранения.

Медицинская организация представляет в федеральное учреждение медико-социальной экспертизы заявление сотрудника и необходимые документы.

Федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы стойкая утрата трудоспособности сотрудника определяется в отношении полученных им увечий и иных повреждений здоровья, причинная связь которых военно-врачебными комиссиями определена с указанием формулировки «военная травма».

По результатам изучения документов выносится заключение об установлении стойкой утраты трудоспособности сотрудника с указанием наименования увечья или иного повреждения здоровья по утвержденному в приложении перечню либо об отказе в ее установлении.

В соответствии с заключением об установлении стойкой утраты трудоспособности сотрудника оформляется справка по утвержденной форме.

ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ ОТ 17.07.2014 № 670 О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ПРАВИЛА ГОСУДАРСТВЕННОЙ РЕГИСТРАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ

Суть документа > Уточнены правила государственной регистрации медицинских изделий.

В частности, изменениями расширен перечень документов, которые необходимо представить для государственной регистрации медицинского изделия. В него включены сведения, подтверждающие клиническую эффективность и безопасность медицинских изделий (если имеются) и проект плана клинических испытаний изделия с обосновывающими материалами (если имеется).

Увеличены сроки проверки полноты и достоверности сведений, представленных заявителем (до 5 рабочих дней), внесения изменений в регистрационное удостоверение (до 15 рабочих дней), оформления дубликата регистрационного удостоверения (до 7 рабочих дней).

Согласно изменениям заявление о внесении изменений в регистрационное удостоверение может быть подано в электронной форме по телекоммуникационным каналам связи.

Постановление запретило экспертным учреждением самостоятельно запрашивать у заявителей и иных лиц материалы, необходимые для проведения экспертизы качества, эффективности и безопасности медицинского изделия.

Теперь для получения таких материалов экспертное учреждение должно обратиться в регистрирующий орган, который направит запрос заявителю.

Заявитель должен в течение 50 рабочих дней со дня получения запроса направить необходимые материалы в регистрирующий орган, который перенаправит их в экспертное учреждение.

ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ ОТ 16.07.2014 № 666 О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ПОЛОЖЕНИЕ О МИНИСТЕРСТВЕ ЗДРАВООХРА- НЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Суть документа › Минздрав России наделен полномочиями утверждать:

- порядок выдачи медицинского заключения о наличии либо отсутствии у водителей медицинских противопоказаний или ограничений к управлению транспортными средствами;
- порядок проведения обязательного медицинского освидетельствования водителей транспортных средств (кандидатов в водители);
- порядок их направления на внеочередное обязательное медицинское освидетельствование;
- порядок приостановления действия и аннулирования такого медицинского заключения; порядок проведения санитарно-просветительной работы по вопросам профилактики управления транспортным средством в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

ПРИКАЗ МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 24.07.2014 № 389Н ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ВРЕМЕННОГО ПОРЯДКА ПРОВЕДЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕ- ДИЦИНСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ ГРАЖДАН УКРАИНЫ И ЛИЦ БЕЗ ГРАЖ- ДАНСТВА, ПОСТОЯННО ПРОЖИВАВШИХ НА ТЕРРИТОРИИ УКРАИНЫ, ПРИБЫВ- ШИХ НА ТЕРРИТОРИЮ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В ПОИСКАХ УБЕЖИЩА

Суть документа › Утверждены «Временный порядок проведения обязательного медицинского освидетельствования граждан Украины и лиц без гражданства, постоянно проживавших на территории Украины, прибывших на территорию Российской Федерации в поисках убежища» и «Форма медицинского сертификата о результатах обязательного медицинского освидетельствования граждан Украины и лиц без гражданства, постоянно проживавших на территории Украины, прибывших на территорию Российской Федерации в поисках убежища».

ПРИКАЗ МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 02.07.2014 № 348Н О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ПУНКТ 35 ПОРЯДКА ВЫДАЧИ ЛИСТКОВ НЕТРУДО- СПОСОБНОСТИ, УТВЕРЖДЕННОГО ПРИКАЗОМ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРА- НЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 29 ИЮНЯ 2011 Г. № 624Н

Суть документа › Минздрав России уточнил порядок выдачи листов нетрудоспособности по уходу за больным ребенком в возрасте до 7 лет.

Согласно приказу при уходе за больным ребенком, не достигшим 7 лет, листок нетрудоспособности будет выдаваться члену семьи на весь период амбулаторного лечения ребенка или совместного пребывания с ребенком в медицинской организации, если медицинская помощь оказывается ребенку в стационарных условиях, но не более следующих периодов:

- 60 календарных дней в календарном году по всем случаям ухода за таким ребенком;
- 90 календарных дней в календарном г. по всем случаям ухода за ребенком, имеющим заболевание, включенное в перечень, утвержденный приказом Минздравсоцразвития России от 20.02.2008 № 84н.

Действие приказа распространяется на правоотношения, возникшие со дня вступления в законную силу решения Верховного Суда РФ от 25.04.2014 № АКПИ14-105.

**ПРИКАЗ МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 02.07.2014 № 349Н
О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЯ В ПУНКТ 35 ПОРЯДКА ВЫДАЧИ ЛИСТКОВ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ, УТВЕРЖДЕННОГО ПРИКАЗОМ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 29 ИЮНЯ 2011 Г. № 624Н**

Суть документа › Абзац четвертый п. 35 Порядка приведен в соответствие с Федеральным законом «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством».

Согласно внесенным изменениям листок нетрудоспособности выдается по уходу за больным членом семьи в случае ухода за больным ребенком-инвалидом в возрасте до 15 лет – на весь период лечения ребенка в амбулаторных условиях или совместного пребывания с ребенком в медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях, но не более чем на 120 календарных дней в календарном году по всем случаям ухода за этим ребенком.

**ПРИКАЗ МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 19.06.2014 № 293Н
ОБ УТВЕРЖДЕНИИ РЕГЛАМЕНТА ПРОВЕДЕНИЯ МИНИСТЕРСТВОМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ВЕДОМСТВЕННОГО КОНТРОЛЯ В СФЕРЕ ЗАКУПОК ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ФЕДЕРАЛЬНЫХ НУЖД**

Суть документа › Утвержден Регламент проведения Министерством здравоохранения Российской Федерации ведомственного контроля в сфере закупок для обеспечения государственных нужд. Полномочия по проведению ведомственного контроля в сфере закупок для обеспечения государственных нужд в отношении подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации заказчиков возложены на Департамент учетной политики и контроля.

**ПРИКАЗ МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 18.06.2014 № 290Н
ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА МЕДИЦИНСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ
ГРАЖДАН, НАМЕРЕВАЮЩИХСЯ УСЫНОВИТЬ (УДОЧЕРИТЬ), ВЗЯТЬ ПОД ОПЕКУ
(ПОПЕЧИТЕЛЬСТВО), В ПРИЕМНУЮ ИЛИ ПАТРОНАТНУЮ СЕМЬЮ ДЕТЕЙ-СИРОТ
И ДЕТЕЙ, ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ, А ТАКЖЕ ФОРМЫ ЗАКЛЮ-
ЧЕНИЯ О РЕЗУЛЬТАТАХ МЕДИЦИНСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ ТАКИХ
ГРАЖДАН**

Суть документа > Утверждены «Порядок медицинского освидетельствования граждан, намеревающихся усыновить (удочерить), взять под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей» и «Форма учетной медицинской документации № 164/у “Заключение о результатах медицинского освидетельствования граждан, намеревающихся усыновить (удочерить), взять под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей”».

Признан утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 сентября 1996 г. № 332 «О порядке медицинского освидетельствования граждан, желающих стать усыновителями, опекунами (попечителями) или приемными родителями».

**ПРИКАЗ МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 12.05.2014 № 214Н
ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ТРЕБОВАНИЙ К ЗНАКУ О ЗАПРЕТЕ КУРЕНИЯ И К ПОРЯДКУ
ЕГО РАЗМЕЩЕНИЯ**

Суть документа > Утверждены требования к знаку о запрете курения и порядку его размещения.

Установлено, что знак о запрете курения выполняется в форме круга с каймой красного цвета определенной ширины. В центре круга размещается перечеркнутое красной полосой изображение сигареты. В приложении к приказу приводится рекомендуемый образец знака о запрете курения.

Допускается сопровождать знак о запрете курения надписями «Не курить», «Курить запрещено» и (или) информацией о размере штрафов за курение.

Знак о запрете курения размещается у каждого входа на территории, в здания и объекты, где курение табака запрещено (у транспортных средств – на двери с внешней стороны), а также в местах общего пользования, в том числе туалетах.

**ПРИКАЗ МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 22.04.2014 № 183Н
ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПЕРЕЧНЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ МЕДИЦИНСКОГО
ПРИМЕНЕНИЯ, ПОДЛЕЖАЩИХ ПРЕДМЕТНО-КОЛИЧЕСТВЕННОМУ УЧЕТУ**

Суть документа > Установлен новый перечень лекарственных средств для медицинского применения, подлежащих предметно-количественному учету.

Перечень состоит из трех частей:

- лекарственные средства – фармацевтические субстанции и лекарственные препараты, содержащие наркотические средства, психотропные вещества и их прекурсоры (их соли, изомеры, стереоизомеры), включенные в списки II, III, IV перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в РФ, в сочетании с фармакологически неактивными веществами, а также лекарственные препараты, содержащие наркотические средства, психотропные вещества и их прекурсоры в сочетании с фармакологически активными веществами (при включении их в перечень отдельной позицией);
- лекарственные средства – фармацевтические субстанции и лекарственные препараты, содержащие сильнодействующие и ядовитые вещества (их соли, изомеры, простые и сложные эфиры, смеси и растворы независимо от концентрации), внесенные в списки сильнодействующих и ядовитых веществ для целей статьи 234 и других статей УК РФ, в сочетании с фармакологически неактивными веществами, а также лекарственные препараты, содержащие сильнодействующие и ядовитые вещества в сочетании с фармакологически активными веществами (при включении их в перечень отдельной позицией);
- комбинированные лекарственные препараты, содержащие кроме малых количеств наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров другие фармакологически активные вещества.

Признан утратившим силу перечень лекарственных средств, подлежащих предметно-количественному учету в аптечных учреждениях (организациях), организациях оптовой торговли лекарственными средствами, лечебно-профилактических учреждениях и частнопрактикующими врачами, утвержденный приказом Минздравсоцразвития России от 14.12.2005 № 785.

ПРИКАЗ МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 05.03.2014 № 98Н О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЯ В ПРИЛОЖЕНИЕ № 3 К ПРИКАЗУ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 14 ИЮЛЯ 2003 Г. № 308

Суть документа > Согласно внесенным изменениям заключение о состоянии опьянения лица, которое управляет транспортным средством, в результате употребления алкоголя выносится при положительных результатах определения алкоголя в выдыхаемом воздухе концентрации, превышающей возможную суммарную погрешность измерений, а именно 0,16 миллиграмма на один литр выдыхаемого воздуха.

Ранее вынесение медицинского заключения о наличии у освидетельствуемого лица опьянения при наличии положительного результата определения алкоголя в выдыхаемом воздухе было

возможно без учета суммарной погрешности измерений технического средства.

Действие приказа распространяется на правоотношения, возникшие со дня вступления в законную силу решения Верховного Суда РФ от 28.11.2013 № АКПИ13-1077.

**ПРИКАЗ РОСЗДРАВНАДЗОРА ОТ 10.07.2014 № 4879
О СОЗДАНИИ ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ОРГАНА ФЕДЕРАЛЬНОЙ СЛУЖБЫ
ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПО РЕСПУБЛИКЕ КРЫМ И ГОРОДУ
ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗНАЧЕНИЯ СЕВАСТОПОЛЮ**

Суть документа > Утверждено Положение о Территориальном органе Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по Республике Крым и городу федерального значения Севастополю. Территориальный орган осуществляет функции по контролю и надзору в сфере здравоохранения на территории Республики Крым и города федерального значения Севастополя.

**ПРИКАЗ РОСЗДРАВНАДЗОРА ОТ 14.04.2014 № 2525
ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ВЕДЕНИЯ РЕЕСТРА ВЫДАННЫХ РАЗРЕШЕНИЙ
НА ПРОВЕДЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ИСПЫТАНИЙ МЕДИЦИНСКОГО ИЗДЕЛИЯ**

Суть документа > Определена процедура ведения реестра выданных разрешений на проведение клинических испытаний медицинского изделия. Реестр ведется в электронном виде путем внесения реестровых записей в Реестр. Внесение в Реестр реестровых записей осуществляется в срок, не превышающий трех рабочих дней со дня:
1) принятия решения о выдаче разрешения на проведение клинического испытания медицинского изделия;
2) получения от юридического лица, на имя которого выдано разрешение на проведение клинического испытания медицинского изделия, сообщения о начале, завершении, приостановлении или прекращении клинического испытания медицинского изделия. Сведения, содержащиеся в Реестре, публикуются и размещаются на официальном сайте Росздравнадзора и обновляются ежедневно с сохранением всех предыдущих редакций Реестра.

**ПРИКАЗ МИНОБРНАУКИ РОССИИ ОТ 14.05.2014 № 523
ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ФЕДЕРАЛЬНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО
СТАНДАРТА СРЕДНЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ
12.02.08 ПРОТЕЗНО-ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ И РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ
ТЕХНИКА**

Суть документа > Стандарт представляет собой совокупность обязательных требований к среднему профессиональному образованию по специальности 12.02.08 Протезно-ортопедическая и реабилитационная техника.

Право на реализацию программы подготовки специалистов среднего звена по специальности 12.02.08 Протезно-ортопедическая и реабилитационная техника имеет образовательная организация при наличии соответствующей лицензии на осуществление образовательной деятельности.

Признан утратившим силу приказ Минобрнауки России от 28.10.2009 № 471 «Об утверждении и введении в действие федерального государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 201016 Протезно-ортопедическая и реабилитационная техника». Приказ вступает в силу с 1 сентября 2014 г.

ПРИКАЗ МИНОБРНАУКИ РОССИИ ОТ 12.05.2014 № 514 ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ФЕДЕРАЛЬНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО СТАНДАРТА СРЕДНЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.02.01 ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО

Суть документа > Стандарт представляет собой совокупность обязательных требований к среднему профессиональному образованию по специальности 31.02.01 Лечебное дело.

Право на реализацию программы подготовки специалистов среднего звена по специальности 31.02.01 Лечебное дело имеет образовательная организация при наличии соответствующей лицензии.

Признан утратившим силу приказ Минобрнауки России от 28.10.2009 № 472 «Об утверждении и введении в действие федерального государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 060101 Лечебное дело».

Приказ вступает в силу с 1 сентября 2014 г.

ПРИКАЗ МИНОБРНАУКИ РОССИИ ОТ 12.05.2014 № 500 ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ФЕДЕРАЛЬНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО СТАНДАРТА СРЕДНЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 32.02.01 МЕДИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ДЕЛО

Суть документа > Стандарт представляет собой совокупность обязательных требований к среднему профессиональному образованию по специальности 32.02.01 Медико-профилактическое дело.

Право на реализацию программы подготовки специалистов среднего звена по специальности 32.02.01 Медико-профилактическое дело имеет образовательная организация при наличии соответствующей лицензии.

Признан утратившим силу приказ Минобрнауки России от 20.10.2009 № 433 «Об утверждении и введении в действие федерального государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 060105 Медико-профилактическое дело».

Приказ вступает в силу с 1 сентября 2014 г.

**ПРИКАЗ МИНТРУДА РОССИИ ОТ 29.01.2014 № 59Н
ОБ УТВЕРЖДЕНИИ АДМИНИСТРАТИВНОГО РЕГЛАМЕНТА ПО ПРЕДОСТАВЛЕНИЮ
ГОСУДАРСТВЕННОЙ УСЛУГИ ПО ПРОВЕДЕНИЮ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ
ЭКСПЕРТИЗЫ**

Суть документа » Обновлен порядок проведения медико-социальной экспертизы федеральными государственными учреждениями, подведомственными Минтруду России.

Результатами экспертизы, в частности, являются:

- при установлении инвалидности – выдача справки, подтверждающей факт установления инвалидности;
- при определении степени утраты профессиональной трудоспособности пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания – выдача справки о результатах установления степени утраты профессиональной трудоспособности в процентах;
- при определении нуждаемости по состоянию здоровья в постоянном постороннем уходе (помощи, надзоре) отца, матери, жены, родного брата, родной сестры, бабушки или усыновителя гражданина, призываемого на военную службу (военнослужащих, проходящих военную службу по контракту) – выдача соответствующего заключения;
- при установлении причины смерти инвалида, а также лица, пострадавшего в результате несчастного случая на производстве, профессионального заболевания, катастрофы на Чернобыльской АЭС и других радиационных или техногенных катастроф либо в результате ранения, контузии, увечья или заболевания, полученных в период прохождения военной службы – выдача заключения об установлении причины смерти.

Срок проведения экспертизы не может превышать одного месяца с даты подачи заявления со всеми необходимыми документами.

Признан утратившим силу приказ Минздравсоцразвития России от 11.05.2011 № 295н.

Стоматологическая помощь в рамках госгарантий: быть или не быть?

Ключевые слова

стоматология, финансирование, программа госгарантий, платные услуги

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



Написать автору
WWW.ZDRAV.RU

ПРАВИТЕЛЬСТВА ВСЕХ СТРАН, КАК ЭКОНОМИЧЕСКИ РАЗВИТЫХ, ТАК И РАЗВИВАЮЩИХСЯ, ИЩУТ КОМПРОМИСС МЕЖДУ НЕОГРАНИЧЕННЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ НАСЕЛЕНИЯ В МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ОБЪЕМОМ СРЕДСТВ, КОТОРЫЕ МОЖНО НАПРАВЛЯТЬ НА ФИНАНСИРОВАНИЕ НАЦИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

ВЫДЕЛЕНИЕ ТАКИХ СРЕДСТВ НЕ МОЖЕТ ПРОИСХОДИТЬ В УЩЕРБ РАЗВИТИЮ ЭКОНОМИКИ В ЦЕЛОМ И ПРИВОДИТ К УМЕНЬШЕНИЮ ДРУГИХ СОЦИАЛЬНЫХ ГАРАНТИЙ НАСЕЛЕНИЮ: В ЧАСТИ ПЕНСИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ, БЕСПЛАТНОГО ОБРАЗОВАНИЯ, ОБЩЕСТВЕННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ.

К СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ В РАМКАХ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ, ОТНОШЕНИЕ ОСОБОЕ: СТОМАТОЛОГИЯ – ОДНА ИЗ НАИБОЛЕЕ КОММЕРЦИАЛИЗИРОВАННЫХ МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ.

Программы государственных гарантий охраны здоровья реализуются в подавляющем большинстве стран, и на них расходуется существенная часть валового внутреннего продукта. Так, в экономически развитых странах доля затрат на здравоохранение стремится к 8% ВВП, а в среднем в мире она достигает 6% ВВП (рис. 1). Вклад государства (или иные обязательные расходы населения и работодателей) в финансирование государственных гарантий составляют около 80% всех расходов на охрану здоровья.

Это соотношения, практически не зависящие от организационно-экономической модели здравоохранения: государственной, страховой или смешанной (гибридной).

Так, Япония с классической страховой моделью здравоохранения тратит практически столько же, сколько Норвегия, имеющая государственную модель (около 8% ВВП в 2010 г.).

На что же расходуются личные средства граждан в разных странах? Выделим основные статьи расходов:

- добровольное медицинское страхование в отношении услуг, не покрываемых государственными гарантиями (или прямая оплата таких услуг);
- получение медицинских услуг (в т. ч. включенных в программу государственных гарантий) у врачей и в медицинских ор-

У РОССИЙСКОГО СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СООБЩЕСТВА ЕСТЬ СВОЕ ПРЕДЛОЖЕНИЕ – ЭТО СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ СТРАХОВКА. НАДО... ОПРЕДЕЛИТЬ, СКОЛЬКО ДЕНЕГ ГОСУДАРСТВО ГОТОВО ВЫДЕЛИТЬ НА СТОМАТОЛОГИЮ. А ВРАЧИ ОТВЕТАТ, ЧТО ОНИ МОГУТ СДЕЛАТЬ КАЧЕСТВЕННО НА ЭТИ ДЕНЬГИ. ВСЕ ОСТАЛЬНОЕ НАДО ПЕРЕВЕСТИ НА ПЛАТНУЮ ОСНОВУ.

О.О. Янушевич, главный внештатный специалист-стоматолог Минздрава России

ганизациях, не участвующих в реализации программы государственных гарантий (как правило, это частно-практикующие врачи и частные медицинские организации);

- софинансирование (соплатежи) населения услуг, входящих в программу государственных гарантий.

Распределение объемов финансирования между государством и гражданами регулируется перечнем медицинских услуг, которые входят в программу госгарантий, перечнем поставщиков медицинских услуг и перечнями категорий населения, имеющих различную доступность к услугам программы госгарантий.

К так называемым уязвимым группам населения относятся: дети, пожилые граждане, лица с доходами ниже прожиточного минимума и т. п.

Алгоритм финансирования достаточно прост, хотя требует обширных и общедоступных справочников по услугам, поставщикам услуг и категориям граждан.

Как правило, лечение экстренных состояний пациентов компенсируется из государственных источников по факту обращения до момента ликвидации угрожающих жизни состояний.

Если пациент обращается к врачу, не имеющему контракта с государственной (обязательной страховой) системой гарантий, то любая его медицинская услуга будет платной.

Если необходимы услуги или лекарства, не входящие в программу государственных гарантий, то за них придется платить и в государственной больнице.

Если пациент не относится к уязвимым группам населения, то за получение услуг или медикаментов, входящих в программу государственных гарантий, ему будет предложено оплатить часть стоимости услуг (лекарств) из собственных средств – в ряде стран соплатежи граждан доходят до 40%.

Государство, отслеживая уровень здоровья населения и уровень его платеже-

Оценка рисков



ОГРАНИЧЕННОСТЬ ФИНАНСОВЫХ РЕСУРСОВ, КОТОРЫЕ МОГУТ БЫТЬ ВЫДЕЛЕНЫ ЛЮБЫМ ГОСУДАРСТВОМ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ПРИ НЕОГРАНИЧЕННОМ СПРОСЕ НАСЕЛЕНИЯ НА МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ



ЗНАЧИТЕЛЬНАЯ И ПОСТОЯННО УВЕЛИЧИВАЮЩАЯСЯ ДОЛЯ СОПЛАТЕЖЕЙ НАСЕЛЕНИЯ ЗА МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ



РАЗЛИЧИЯ В УЧЕТЕ И ОПРЕДЕЛЕНИИ НОРМАТИВОВ ФИНАНСИРОВАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ И ИНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, ВХОДЯЩИХ В ПРОГРАММУ ГОСГАРАНТИЙ

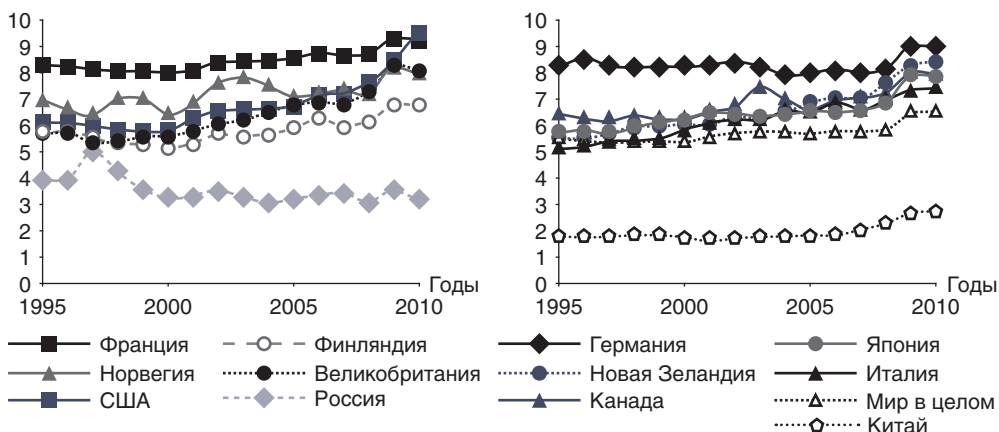


Рис. 1. Общественные (государственные и страховые) расходы на здравоохранение в доле ВВП

способности, регулирует параметры «бесплатной» помощи, обеспечивая доступность медицинской помощи и определенное качество конечного результата.

Анализируя программы государственных гарантий разных стран, можно заметить две закономерности:

- в большинстве стран лекарства рецептурного отпуска входят в программу государственных гарантий. При этом регулируются перечень лекарств и уровень софинансирования, а для уязвимых групп обеспечивается бесплатный отпуск лекарств (например, инсулины при сахарном диабете и т. п.);
- в большинстве стран амбулаторная стоматологическая помощь не входит в программы государственных гарантий (за исключением экстренной хирургической стоматологии и профилактических осмотров), но сохраняется бесплатный доступ к стоматологическим услугам для уязвимых групп населения (в т. ч. к услугам зубопротезирования и профилактической стоматологии).

Важно ➤ К 2014 г. в России сложилась ситуация, нетипичная для развитых стран:

весь рецептурный отпуск лекарственных средств, необходимый для амбулаторного лечения, приобретается за наличный расчет (кроме льготных категорий граждан), а вся стоматологическая помощь, за исключением зубопротезирования, включена в программу государственных гарантий и финансировалась через систему ОМС ■

Такое нетипичное распределение государственных гарантий было связано в первую очередь с национальными особенностями организации и финансирования здравоохранения СССР (так называемой системы Семашко), которая существовала в условиях плановой (административно-командной) экономической модели, использующей нерыночные механизмы производства и распределения благ.

Жесткость управления и «сквозное» нормирование ресурсов при плановой экономике позволили создать автономное индустриальное производство, обеспечившее экономическую и политическую безопасность государства, но в ущерб непродуцированной сфере (к которой относилось и здравоохранение).

Несмотря на то что отрасль финансировалась по остаточному принципу, использование административных методов управления ресурсами, врачам и пациентами, позволило к середине 60-х годов прошлого века не только ликвидировать последствия второй мировой войны, но и достичь высокого уровня индивидуального и общественного здоровья населения страны.

В 1972 г. СССР занимал 22-е место в мире по уровню здоровья населения, а уровень общей смертности составлял 9,2 промилле (по некоторым союзным республикам данный показатель был еще ниже).

В то же время, в середине 70-х годов прошлого века, начали проявляться негативные стороны командно-административной модели управления: ориентированность на выполнение показателей работы, а не на потребность пациентов и негибкость ресурсного нормирования и управления.

Отсутствие мотивации у врачей в связи с низким уровнем заработной платы и низкая производительность труда в отрасли привели к ухудшению качества медицинской помощи.

Позитивные сдвиги в советском здравоохранении наметились во второй половине 80-х годов, когда началось ослабление административного и нормативного давления, что привело к развитию ряда врачебных специальностей, в том числе стоматологии.

Этому способствовали специфика специальности, умеренные инвестиционные расходы на оборудование, повышение платежеспособности населения и готовность платить за сравнительно недорогие стоматологические услуги, получаемые без очереди и с «человеческим» отношением к пациенту.

В государственных поликлиниках, на предприятиях и в учебных заведениях стали открываться хозрасчетные кабинеты, что создало неплохие перспективы

для последующего развития частной стоматологии.

В стоматологии достаточно просто организовать сделную систему оплаты труда. Проблемы пациента и получаемые результаты достаточно прозрачны, а число участников процесса лечения ограничено, не требуют большого числа исследований, специалистов и времени.

К концу XX века у системы Семашко были хорошие шансы вывести стоматологию из программы бесплатной помощи, официально переложив ее финансирование на плечи граждан. В отношении стоматологии был реализован общемировой тренд платности, что и было сформулировано в приказе Минздрава СССР по совершенствованию стоматологической помощи населению, выпущенном в 1988 году.

Разрушение СССР, непростая политическая и экономическая ситуация в новой России, революционный переход в систему страховых отношений и неготовность системы Семашко к функционированию в этих условиях, отсутствие четко сформулированной стратегии реформирования отрасли, многократный финансовый дефицит системы ОМС привели к декларации всеобщей бесплатности и доступности всей медицинской помощи, которая не была подкреплена ресурсами.

В 1980-е годы программа государственных гарантий включала в себя только общий перечень видов помощи, классов болезней и условий оказания медицинской помощи, а также четыре подушевых норматива:

- на скорую медицинскую помощь из бюджета;
- амбулаторную помощь за счет бюджета и ОМС;
- стационарозамещающую помощь за счет бюджета и ОМС;
- стационарную помощь за счет бюджета и ОМС.

Амбулаторная стоматология была погружена в единый норматив объема посещений на 1000 жителей (застрахованных по ОМС) по классу XI «Болезни органов пищеварения» и как специальность охватывала рубрики МКБ-10, описывающие болезни зубов и полости рта.

Чтобы сформировать территориальную программу ОМС и сформировать задание стоматологическим организациям, необходимо было выделить из общего норматива амбулаторной помощи долю стоматологической помощи и рассчитать ее в финансовом выражении (через тарифы ОМС).

Были продекларированы принципы «деньги идут за пациентом» и «медицинская организация в системе ОМС зарабатывает средства, а не содержится государством».

Задача крайне сложная и организационно (с точки зрения оптимизации лечебного процесса и управления потоками пациентов), и экономически (с позиции соблюдения баланса ресурсов при ограниченных финансовых средствах).

Для решения задачи нужно было сформировать систему объемных нормативов по всем специальностям и разработать систему тарифов, учитывающих специфику каждой специальности и общую нехватку средств ОМС, которых с трудом хватало на пять статей (заработная плата, начисления, медикаменты, питание и мягкий инвентарь с медицинскими инструментами и расходными материалами), да и то с дефицитом в большей части субъектов РФ.

Необходимо также отметить, что амбулаторная стоматологическая помощь была в большей степени подготовлена к новым организационно-экономическим отношениям, чем большинство других специальностей, и связано это с советским периодом хозрасчетности. Видимо, по этой причине только в стоматологии наблюдался постоянный и устойчивый

рост числа платных услуг и числа негосударственных форм собственности и в 90-х и в нулевых годах XXI века.

Кроме того, в стоматологических клиниках была успешно реализована гононарная система оплаты, построенная на условных единицах трудоемкости (УЕТ), был сформирован справочник стоматологических услуг (актуальный и в настоящее время), позволяющий вести учет оказанной медицинской помощи как по количеству посещений врача-стоматолога, так и по трудозатратам.

Серьезных методических проблем при планировании стоматологической помощи как части программы ОМС практически не возникало.

Программа государственных гарантий на 2012 г., утвержденная постановлением Правительства РФ от 21.10.2011 № 856¹, содержала два норматива по базовой программе ОМС:

- 8,962 посещения на одно застрахованное лицо;
- 169,5 руб. – стоимость одного посещения (по пяти статьям, без учета районных повышающих коэффициентов).

Для планирования объема стоматологической помощи и определения тарифа при формировании территориальной программы ОМС на 2012 г. можно было использовать Методические рекомендации по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи², принятые совместным решением Минздрава России (№ 2510/9257-01), Федерального фонда ОМС (№ 3159/40-1) и Минфина России (№ 12-03-03). Отме-

¹ Постановление Правительства РФ от 21.10.2011 № 856 (ред. от 04.09.2012) «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год».

² Методические рекомендации по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (утв. Минздравом России 28.08.2001 № 2510/9257-01, ФФОМС № 3159/40-1).

тим, что за 11 лет своего применения (с 2002 по 2012 г.) эти методические рекомендации не потеряли своей актуальности.

Норматив стоматологической помощи на 2002 г. (табл. 1.3) составлял 1687,1 посещений на 1000 застрахованных лиц, (в т. ч. 1380,6 посещений для взрослых и 306,5 посещений для детей).

В 2012 г. при планировании амбулаторной медицинской помощи стала выделяться профилактическая составляющая.

Информационным письмом Минздравсоцразвития России от 22.12.2011 № 20-2/10/1-8234¹ по формированию и экономическому обоснованию программы государственных гарантий на 2012 г. были определены нормативы лечебной (в т. ч. неотложной) и профилактической стоматологической помощи для взрослых и детей:

- лечение – 1572,1 посещения, в т. ч. 1278,7 – взрослые и 293,4 – дети;
- профилактика – 108,2 посещения, в т. ч. 53,3 – взрослые и 54,9 – дети.

Например, для субъекта РФ с миллионным населением и с 20% детей число посещений было следующим:

- с лечебной целью:
 $800 \text{ тыс.} \times 1278,7 + 200 \text{ тыс.} \times 293,4 = 1\,022\,960 + 58\,680 = 1\,081\,640;$
- с профилактической целью:
 $800 \text{ тыс.} \times 53,3 + 200 \text{ тыс.} \times 54,9 = 42\,640 + 10\,980 = 53\,620;$
- общая сумма посещений стоматолога составляет 1 135 260.

Для расчета плановой стоимости стоматологической помощи для миллиона застрахованных лиц необходимо умножить объемы помощи в посещениях на норматив стоимости и на коэффициент относительных затрат по специальности.

Данные коэффициенты представлены в табл. 3.2 приложения 3 к информационному письму Минздравсоцразвития России № 20-2/10/1-8234 и составляют для взрослых – 1,2022, для детей – 1,5.

Плановая стоимость стоматологической помощи по базовой программе ОМС на 1 млн застрахованных лиц в 2012 г. составляла: $((1\,022\,960 + 42\,640) \times 1,2022 + (58\,680 + 10\,980) \times 1,5) \times 169,5 \text{ руб.} = 234\,851\,457 \text{ руб.}$

Плановая стоимость стоматологической помощи в 235 млн руб. рассчитана по пяти статьям, с территориальным коэффициентом, равным 1 (для большей части субъектов РФ).

Важно ➤ Рассчитав плановое число посещений и плановую стоимость стоматологической помощи, можно было планировать задание для конкретных медицинских организаций, исходя из численности обслуживаемого населения, а также определять необходимое число врачебных ставок для взрослого и детского приема (как лечебного, так и профилактического) ■

До 2012 г. включительно планирование и оплата амбулаторной помощи осуществлялись по врачебным посещениям. То есть вся остальная деятельность медицинской организации соотносилась с посещениями врачей клинических специальностей, которые проводились в кабинетах или на дому.

Такой подход позволял достаточно просто оценивать стоимость посещения через расходы медицинской организации и учтенные объемы деятельности.

Планируемая сумма средств для любой медицинской организации могла быть определена из расчета врачебных ставок и плановой функции врачебной должности по конкретной специальности.

Как правило, такой подход к планированию и формированию тарифов устраи-

¹ Информационное письмо Минздравсоцразвития России от 22.12.2011 № 20-2/10/1-8234 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год».

вал многопрофильные поликлиники, а их отличие по оснащенности, типу обслуживаемой территории учитывалось через групповые тарифы (обычно 3–6 групп и подгрупп медицинских организаций) и через типы посещений (профилактические, лечебные и т. п.).

В некоторых регионах использовались так называемые коэффициенты параклиники. При одинаковом базовом тарифе вводились различные повышающие коэффициенты, зависящие от наличия в поликлинике того или иного диагностического оборудования и физиотерапевтических отделений.

В других регионах вводили оплату отдельных тарифицированных медицинских услуг, стоимость которых не позволяла включать их в общий тариф посещения.

Исключениями из этого общего правила были диагностические центры и стоматологические поликлиники, отделения и кабинеты.

Важно » Если для диагностических центров в системе ОМС вводился способ оплаты за услугу, тарифы на которые рассчитывались под конкретный диагностический центр, то для оплаты стоматологической помощи пошли по иному пути, определив за единицу объема условную единицу трудоемкости (УЕТ) ■

Появление УЕТ связано с тем, что хозяйственная самостоятельность стоматологических поликлиник, отделений и кабинетов проявилась еще в советский период и продолжила свое развитие и после введения в России обязательного медицинского страхования.

Хозрасчетной стоматологической структуре, оказывающей и бесплатные услуги, гарантированные государством, и платные услуги, были необходимы иные экономические единицы учета деятельности, которые позволили бы гибко

оценивать вклад каждого стоматолога в совокупный доход медицинской организации и справедливо распределять заработанные средства (в том числе за счет платных услуг).

Задолго до создания номенклатуры услуг по другим специальностям в стоматологии были разработаны необходимые справочники, которые описывали деятельность стоматологов, учитывая при этом трудоемкость этой деятельности (по положениям приказа Минздрава СССР от 25.01.1988 № 50 «О переходе на новую систему учета труда врачей стоматологического профиля и совершенствовании формы организации стоматологического приема»).

В стоматологии была введена форма статистического медицинского учета, отражавшая не только посещения, учитываемые по талону амбулаторного пациента, но и УЕТ, учитываемые по справочнику работ и услуг в стоматологии.

В системе ОМС возможность использования этого справочника (см. табл. 1) при планировании стоматологической помощи была определена Методическими рекомендациями по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий обеспечения граждан российской федерации бесплатной медицинской помощью на 2000 год¹.

В документе даны следующие указания о порядке применения Классификатора медицинской помощи в стоматологии:

- учет терапевтической стоматологической помощи при завершеном лечении кариеса, пульпита, периодонтита

¹ Письмо ФФОМС от 28.01.2000 № 445/40-1/и «О направлении Методических рекомендаций» (вместе с Методическими рекомендациями по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью на 2000 год, утв. Минздравом России № 2510/355-39, ФФОМС № 6097/40 от 17.01.2000, согласовано с Минфином России 17.01.2000 № 02-10-07).

производится в последний день приема больного, при этом применяются коды 17.01xx;

- трудозатраты на оформление документации, осмотр полости рта, наложение пломбы (прокладка, цемент, пластмасса) в этом случае отдельно не кодируются. При незавершенном лечении учет стоматологической помощи производится по набору услуг с применением кодов 17.02xx;
- профилактический прием стоматологом взрослого населения (код 01.2301) включает первичный осмотр полости рта, подсчет гигиенических индексов, оформление документации;
- профилактический прием стоматологом детского населения (код 01.7301) включает комплексное первичное обследование ребенка с регистрацией в учетной документации состояния прикуса, пародонта, индекса гигиены очаговой деминерализации, степени активности кариеса, плана диспансеризации, реабилитации и профилактики;
- первичный, повторный приемы стоматолога (коды 01.2302, 01.2303 или 01.7302, 01.7303) применяются только при лечении заболеваний слизистой полости рта, пародонта и сложных хирургических заболеваниях;
- консультативный прием стоматологом взрослого населения и детского населения (код 01.2306.01, 7306) проводится только по направлению врачей узких специалистов;
- консультации, оказываемые «освобожденным» заведующим отделением, не кодируются, поскольку входят в его функциональные обязанности;
- удаление зуба (коды 17.0420–17.0425) включает анестезию, медикаментозную и механическую остановку кровотечения, поэтому коды 17.0801–

17.0804, 17.0409 при удалении зубов не применяются;

- при лечении пульпита, пародонтита и др. заболеваний по клиническим показаниям может быть назначен рентгеновский снимок. При этом коды 17.0601, 17.0602 применяются при наличии врача-рентгенолога, который читает и описывает снимки, код 17.0119 «Чтение рентгенограмм» в этом случае врачом-стоматологом не применяется;
- коды 17.0603, 17.0604 применяются в стоматологических учреждениях, где имеется только рентгенлаборант, который кодирует эти услуги. В этом случае врач-стоматолог применяет дополнительный код 17.0119 «Чтение рентгенограмм»;
- анестезиологические пособия (коды 17.0801–17.0804) учитываются отдельно в случае оказания их по клиническим показаниям, кроме удаления зубов. При удалении зубов анестезия входит в трудозатраты соответствующей услуги.

Необходимо отметить, что данный Классификатор медицинской помощи в стоматологии (рис. 2) и порядок его применения были предложены главным врачом Московской областной стоматологической поликлиники О.Г. Ковалевской и согласованы с президентом Московской областной ассоциации стоматологов и челюстно-лицевых хирургов А.А. Никитиным.

В 2001 г. работа над совершенствованием справочника стоматологических услуг была продолжена и предложен новый классификатор услуг как приложение к Методике... от 2001 г. (табл. 1, фрагмент 1).

В этом же классификаторе был дан перечень видов работ на ортодонтическом приеме, а также коэффициенты трудоемкости врачей-ортопедов и ортодонтот (табл. 1, фрагмент 2):

Код мед. услуги	Наименование медицинской услуги	Трудоёмкость мед. услуги в У.Е.Т.-ах (1 УЕТ = 15мин)	Трудоёмкость мед. услуги в посещениях (1 УЕТ = 0.76 пос.)
1	2	3	4
Приемы стоматолога, зубного врача (взрослое население)			
01.2301	Стоматолога профилак. и мед-соц. прием	1,50	1,14
01.2302	Стоматолога перв. диспан. леч. диагн. прием	1,00	0,76
01.2303	Стоматолога повторный леч. диагн. прием	0,25	0,19
01.2304	Стоматолога посещение на дому	4,00	3,04
01.2306	Стоматолога консультативный прием	0,50	0,38
Приемы стоматолога, зубного врача (детское население)			
01.7301	Стоматолога проф. и	2,00	1,52

Рис. 2. Классификатор медицинской помощи в стоматологии (фрагмент)

За одну УЕТ на терапевтическом или хирургическом приеме принят объем работы врача, необходимый для лечения среднего кариеса (I класс по Блеку), завершено наложением пломбы из цемента. Врач при шестидневной рабочей неделе должен выполнить 21 УЕТ в смену, при пятидневной – 25 УЕТ в смену.

На ортодонтическом приеме за одну УЕТ принят объем работы врача, на выполнение которого требуется 15,7 мин. При этом врач-ортодонт при шестидневной рабочей неделе должен выполнить 21 УЕТ в смену, при пятидневной – 25 УЕТ в смену.

На ортопедическом приеме за одну УЕТ принят объем работы врача, необходимый при изготовлении одной металлической коронки (штампованной). При изготовлении зубных протезов из драгметаллов применяется повышающий коэффициент, равный 1,3, по всем видам работ.

Для зуботехнических работ за одну УЕТ принят объем работы зубного техника, необходимый при изготовлении одной коронки металлической (штампованной).

Также в классификаторе даны нормы нагрузки для врача-ортопеда в УЕТ в год в зависимости от стажа работы (табл. 2).

Таблица 1

Классификатор основных стоматологических лечебно-диагностических мероприятий и технологий, выраженных в условных единицах трудоемкости (УЕТ)

(фрагмент 1)

Код	Виды работ	УЕТ	
		взрослый прием	детский прием
1	Общие виды работ		
1	1 Осмотр (без проведения лечебно-диагностических мероприятий)	0,50	0,50
1	2 Консультация специалиста (осмотр, сбор анамнеза, оформление документации, подключение дополнительных лечебных и диагностических процедур, консультативное заключение)	1,50	1,50
1	3 Обследование стоматологического статуса первичного больного (осмотр, сбор анамнеза, заполнение зубной формулы, определение индексов КПУ, кп, КПУкп, ИГ, ПМА, состояния прикуса, степени активности кариеса)	3,00	3,00
1	4 Оформление эпикриза в карте диспансерного больного (при взятии на Д-учет и годовой)	1,00	1,00
1	5 Оформление выписки из медицинской карты стоматологического больного	1,00	1,00
1	6 Помощь при неотложных стоматологических состояниях (включая осмотр)	1,00	1,00
1	7 Оказание разовой стоматологической помощи на дому (плюсуется к выполненному объему)	5,00	5,00
1	8 Определение индекса	0,50	0,50
1	9 Витальное окрашивание кариозного пятна	0,50	0,50
1	10 Однотометрия 1 зуба	0,50	0,50

(фрагмент 2)

4	Виды работ на ортодонтическом приеме	для врача-ортопеда	для врача-ортодонта
4	1 Контрольный осмотр в процессе лечения	0,33	1,00
4	2 Консультация (обучение, санитарное просвещение, консультация родителей и пациентов по освоению методов устранения вредных привычек, нормализация функций зубочелюстной системы с целью профилактики зубочелюстных аномалий)	0,66	2,00
4	3 Комплексное первичное обследование и оформление документации первичного больного (антропометрия лица, клинические исследования функций зубочелюстной системы, подсчет индексов гигиены, ПМА и др., определение степени трудности лечения)	1,64	5,00
4	4 Оформление истории болезни пациента, закончившего лечение	0,33	1,00

Таблица 2

Нормы нагрузки для врача-ортопеда в УЕТ в год в зависимости от стажа работы

Условия работы	Стаж работы врача			
	до 5 лет лет	от 5 до 10 лет	от 10 до 25 лет	свыше 25 лет
При работе со смотровым врачом	1950	2150	2250	2300
При работе без смотрового врача	1750	1950	2050	2100

Эти рекомендации подготовлены учеными профильных кафедр стоматологического факультета Омской государственной медицинской академии на базе Городской клинической стоматологической поликлиники № 1.

Проводился хронометраж временных затрат врачей стоматологического профиля и зубных техников с участием главного стоматолога г. Омска, сотрудников терапевтического, ортопедического, хирургического, детского, профилактического, пародонтологического отделений, отделений реставрационной терапии и имплантологии, анестезиологии и реанимации, кабинета функциональной диагностики, медицинской статистики. Согласование проводилось с главным стоматологом Минздрава России, чл.-корр. РАМН, профессором В.К. Леонтьевым.

Практическое значение классификатора в стоматологии очень важно, что объясняет его применение многими субъектами РФ при учете, планировании и тарификации медицинской помощи в системе ОМС (даже несмотря на издание в 2011 г. номенклатуры услуг в здравоохранении, утвержденной Минздравсоцразвития России).

Необходимо отметить, что вышеназванная номенклатура услуг в здравоохранении построена по иному принципу, нежели справочник, который использовался при формировании классификатора 2011 г. и не имеет параметров трудоемкости в УЕТ.

В 2013 г., до изменения подходов к планированию амбулаторной помощи, рекомендации Минздравсоцразвития России в части стоматологической медицинской помощи заключались в следующем (см. информационное письмо Минздравсоцразвития России №20-2/10/1 – 8234¹):

«Оказание медицинской помощи при заболеваниях зубов и полости рта входит в базовую программу, поскольку данные заболевания в соответствии с МКБ-10 относятся к болезням органов пищеварения.

При планировании и учете объемов гарантируемой стоматологической помощи населению по территориальной программе государственных гарантий учитываются как посещения, так и условные единицы трудоемкости (далее – УЕТ). При пересчете УЕТ в посещения рекомендуется использовать переводные коэффициенты, сложившиеся в субъекте Российской Федерации в зависимости от используемых ресурсов и технологий, а также медицинские организации, оказывающие стоматологическую помощь. Для обоснования размера тарифа на стоматологическую помощь целесообразно устанавливать перечень лекарственных препаратов, медицинских изделий, необходимых для ее оказания в рамках территориальной программы государственных гарантий».

Очевидно, что при сопоставлении посещений к стоматологу с УЕТ необходимо учитывать такие факторы, как:

- тип приема: профилактический или лечебный, хирургический или терапевтический;
- тип организации стоматологической помощи: самостоятельная поликлиника, отделение или кабинет;
- оснащение и его технологичность, применяемые материалы и т. п.;
- квалификация стоматолога, его стаж и наличие стимулирующей системы оплаты;
- организация службы, ее менеджмент и логистика, разделение или совмещение платного и бесплатного потока пациентов.

Перечисленные факторы влияют на показатель УЕТ-емкости посещения стоматолога, что можно определить при ана-

¹ Информационное письмо Минздравсоцразвития России от 22.12.2011 № 20-2/10/1-8234 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год».

Готовь сани летом

Только до 30 сентября выгодная подписка на 2015 год



Оформите подписку
по специальной цене:

Год – **11 946 руб.**
(12 210 руб.)

Полгода – **6556 руб.**
(6699 руб.)

Выгодная подписка в редакции по тел.: 8 (495) 937-9082
или на сайте www.proflit.ru

ОАО «ЕЛАТОМСКИЙ ПРИБОРНЫЙ ЗАВОД»

СПЕЦИАЛЬНАЯ медицинская мебель идеально подходит для помещений с особым режимом стерильности.

Соответствует требованиям СанПиН 2.1.3.1375-03, 2.1.3.2.630-10, 2.1.7.2790-10.



НОВИНКИ!



Шкаф медицинский лабораторный (ШМЛ-01 СЗМ-2П)



Шкаф медицинский лабораторный (ШМЛ-01 С9М-2П)



Шкаф для уборочного инвентаря (ШМСО-01 мод.3)



Модуль медицинский для сбора белья (ММБ-01 мод.2)

Модуль медицинский для сбора отходов (МСО-01 мод.2)



Стол-тумба медицинский лабораторный (СТМЛ-01 мод.3)

Представленная мебель изготовлена из различных материалов (ЛДСтП, сталь, пластик), обеспечивающих повышенную устойчивость к воздействию моющих и дезинфицирующих средств.

Элементы и конструкции

- Поворотные колёса, оснащённые тормозными элементами.
- Регулируемые по высоте ножки;
- ПВХ-кромка, утолщённая в местах с повышенной вероятностью повреждений;
- Современная фурнитура;
- У большинства изделий угол открывания дверей 170°.

Характеристики материалов

- Прочность и легкость;
- Влагонепроницаемость;
- Устойчивость к коррозии и деформации;
- Сохранность внешнего вида при использовании дезинфектантов;
- Долговечность.

Торговая марка ЕЛАМЕД

Адрес: 391351, Рязанская область, р.п. Елатьма, ул. Янина, д.25, Елатомский приборный завод.
Телефон завода: (49131) 2-21-09, 9-14-50, (4912) 513-565, (495) 221-27-77, (49131) 204-57
admin@elamed.com, www.elamed.com

ОАО «ЕЛАТОМСКИЙ ПРИБОРНЫЙ ЗАВОД»

Приглашаем вас посетить стенд Елатомского приборного завода на выставке «Здравоохранение-2014». «ЭКСПОЦЕНТР», Краснопресненская набережная, д.14 павильон «ФОРУМ» стенд № FC100.

Наличие продукции на складах в Рязани, Москве, Юрге(Кемеровская область) и Хабаровске.



Шкаф медицинский для фармпрепаратов (ШМФ-01 мод.6)



Стол медицинский для медицинской сестры (СМС-01 мод.5)



Шкаф медицинский для фармпрепаратов (ШМФ-01 мод.9)

Стол медицинский для медицинской сестры (СМС-01 мод.4)



Кровать палатная передвижная (КПП-01)

Кушетка стационарная (КС-01)



Тумбочка медицинская прикроватная (ТМП-01)



Шкаф медицинский лабораторный (ШМЛ-01 мод.С)

Шкаф медицинский лабораторный (ШМЛ-01 мод.СЗМ)



Входит в государственный реестр изделий медицинского назначения.

Регистрационное удостоверение № ФС 02012005/2762-05.

Сертификат соответствия № РОСС RU.ИМ 25.В00070.

Гарантийный срок 24 месяца. Срок службы не менее 5 лет.

Индивидуальный подход к каждому клиенту.

Торговая марка ЕЛАМЕД

Адрес: 391351, Рязанская область, р.п. Елатьма, ул. Янина, д.25, Елатомский приборный завод.

Телефон завода: (49131) 2-21-09, 9-14-50, (4912) 513-565, (495) 221-27-77, (49131) 204-57

admin@elamed.com, www.elamed.com

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 «Готовь сани летом»**
- **Дополнительная экономия при подписке на год, на комплекты изданий**
- **Бесплатная доставка**
- **Гарантированная доставка изданий с комплектом документов**

Реклама

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 «АРЗИ», 8 (495) 680-8365, 680-9401, 680-8987; ООО «Агентство “Урал-Пресс”», 8 (495) 789-8636; ООО «Один-2», 8 (49657) 3-9991; 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.

лизе форм государственной статистической отчетности по стоматологии.

В информационном письме Минздравоохранения России №20-2/10/1-8234, поясняющем порядок формирования и экономического обоснования ПГГ и (программы ОМС) на 2012 г., в приложении 3 (табл. 3.2 «Относительные коэффициенты стоимости одного посещения по специальностям»), для специальности «стоматология» есть ссылка на отношение посещений и УЕТ: «***) одно посещение к стоматологу включает не менее 4 УЕТ».

Анализируя тарифные соглашения разных регионов России на 2014 г., в части перевода стоматологических посещений в УЕТ можно встретить самые разные коэффициенты: от 0,25 при переводе УЕТ в посещения до 0,76 (то есть коэффициенты отличаются в три раза).

Приказом Федеральной службой государственной статистики от 21.06.2013 № 221 «Об утверждении статистического инструментария для организации Минздравом РФ статистического наблюдения в сфере ОМС» были утверждены новые формы отчетности по стоматологии: «Раздел III. Основные показатели деятельности медицинских организаций по оказанию стоматологической помощи в амбулаторных условиях».

В данной отчетной форме по столбцам заполняются объемы помощи в посещениях (всего, в т. ч. по страховым случаям по базовой программе ОМС) и стоимость по посещениям в руб. (всего, в т. ч. по страховым случаям по базовой программе ОМС) по следующим стокам:

«3.1. По строке 33 "Посещения стоматологов и зубных врачей с профилактической целью, всего" приводятся сведения о количестве посещений стоматологов и зубных врачей стоматологических поликлиник (отделений), кабинетов с профилактической целью, сделанных по ОМС.

3.2. По строке 34 "из них: детьми (0–17 лет включительно)" предоставляют-

ся сведения о количестве посещений с профилактической целью стоматологов и зубных врачей стоматологических поликлиник (отделений), кабинетов детьми от 0 до 17 лет включительно (из числа посещений, показанных по строке 33).

3.3. По строке 35 "лицами старше трудоспособного возраста" приводятся сведения о количестве посещений с профилактической целью стоматологов и зубных врачей стоматологических поликлиник (отделений), кабинетов лицами старше трудоспособного возраста (из числа посещений, показанных по строке 33).

3.4. По строке 36 "лицами, застрахованными за пределами субъекта РФ" приводятся сведения о количестве посещений с профилактической целью стоматологов и зубных врачей стоматологических поликлиник (отделений), кабинетов лицами, застрахованными в других субъектах РФ (из числа посещений, показанных по строке 33).

3.5. По строкам 37–40 приводятся данные о числе посещений при оказании стоматологической помощи в неотложной форме.

По строке 37 "Посещения при оказании медицинской помощи в неотложной форме, всего" приводятся данные о количестве посещений стоматологов и зубных врачей стоматологических поликлиник (отделений), кабинетов при оказании медицинской помощи в неотложной форме.

3.6. По строке 38 "из них: детям (0–17 лет включительно)" предоставляются данные о количестве посещений при оказании медицинской стоматологической помощи в неотложной форме детям от 0 до 17 лет включительно (из числа посещений, показанных по строке 37).

3.7. По строке 39 "лицам старше трудоспособного возраста" приводятся данные о количестве посещений при оказании медицинской стоматологической помо-

щи в неотложной форме лицам старше трудоспособного возраста (из числа посещений, показанных по строке 37).

3.8. По строке 40 "лицам, застрахованным за пределами субъекта РФ" приводятся данные о количестве посещений при оказании медицинской стоматологической помощи в неотложной форме лицам, застрахованным за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого была оказана медицинская помощь (из числа посещений, показанных по строке 37).

3.9. По строкам 41–44 приводятся данные о числе обращений по поводу заболевания.

По строке 41 "Обращения по поводу заболевания, всего" приводятся данные о количестве обращений при оказании медицинской стоматологической помощи по поводу заболевания.

3.10. По строке 42 "из них: детей (0–17 лет включительно)" предоставляются данные о количестве обращений по поводу заболевания детей от 0 до 17 лет включительно (из числа обращений, показанных по строке 41).

3.11. По строке 43 "лиц старше трудоспособного возраста" приводятся дан-

ные о количестве обращений по поводу заболевания лиц старше трудоспособного возраста (из числа обращений, показанных по строке 41).

3.12. По строке 44 "лиц, застрахованных за пределами субъекта РФ" приводятся данные о количестве обращений по поводу заболевания лиц, застрахованных за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого была оказана медицинская помощь (из числа посещений, показанных по строке 41).

3.13. По строке 45 "Объем фактически выполненной работы" приводятся сведения об объеме выполненной работы врачами-стоматологами и зубными врачами, рассчитанном в условных единицах трудоемкости (УЕТ)».

Используя данные этой формы, можно определить общую УЕТ-емкость всех посещений (разделив строку 45 на сумму строк 33,37 и 41) и использовать эти данные при планировании стоматологической помощи как единые для субъекта. Можно определять в УЕТ емкость посещений по типам стоматологической помощи, что будет более точно отражать специфику этой службы.

(Продолжение следует)

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



Индивидуальный подход к каждому клиенту!



Читайте на страницах журналов «Здравоохранение» и «Управление качеством в здравоохранении» в 2015 году



- Оплата и нормирование труда медработников: эффективный контракт, ЕКТС, стимулирующие выплаты и штрафные санкции, аккредитация, профессиональные стандарты
- Оплата стационарных медицинских услуг по КСГ: минимизация рисков
- Применение различных способов оплаты амбулаторной и скорой медицинской помощи: подушевой норматив, показатели результативности ЛПУ, расчет стоимости единицы услуги
- Управление качеством медицинской помощи: роль механизмов оплаты в системе ОМС
- Приносящая доход деятельность: планирование объемов и маркетинг
- Формирование плановых заданий медицинским организациям: роль КСГ и стандартов медицинской помощи
- Работа в системе ОМС и платные услуги: исключение конфликта интересов
- Информатизация ЛПУ: практические примеры, рекомендации
- Непрерывное профессиональное образование в сфере здравоохранения

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

Реклама

Система ОМС в 2013 г.: итоги работы в новых условиях

ключевые слова ОМС, финансирование

А.В. Устюгов, зам.
начальника Управ-
ления модерниза-
ции системы ОМС
Федеральный фонд
обязательного
медицинского
страхования



Написать автору
WWW.ZDRAV.RU

В ПОСЛЕДНИЕ ГОДЫ ДОЛЯ СРЕДСТВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В ОБЩЕМ ОБЪЕМЕ ФИНАНСИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОГРАММЕ ГОСГАРАНТИЙ ПОСТОЯННО ВОЗРАСТАЕТ И СОСТАВИЛА В 2013 Г. 59,1%.

ПРИ ЭТОМ, НОРМАТИВ ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ БАЗОВОЙ ПРОГРАММЫ ОМС В РАСЧЕТЕ НА ОДНОГО ЗАСТРАХОВАННОГО ДОЛЖЕН УВЕЛИЧИТЬСЯ К 2015 Г. БОЛЕЕ, ЧЕМ В ДВА РАЗА ПО СРАВНЕНИЮ С 2012 Г. – ДО 8 481,5 РУБ.

ПО СУТИ, СИСТЕМА ОМС СТАНОВИТСЯ ОСНОВНЫМ КАНАЛОМ ФИНАНСИРОВАНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ.

В 2013 г. деятельность в системе обязательного медицинского страхования осуществляли Федеральный фонд ОМС (далее – ФОМС) и 84 территориальных фондов ОМС (далее – ТФОМС). По состоянию на 01.04.2012 г. численность застрахованных по ОМС составила 142,1 млн чел., среди которых преобладали неработающие граждане (86,3 млн чел., 60,8% от общего числа застрахованных).

В соответствии с действующим законодательством РФ для целей ОМС в территориальных органах Пенсионного фонда РФ зарегистрировано 9,8 млн страхователей для работающих граждан, в том числе, 5,5 млн юридических лиц (56,1 %) и 4,3 млн индивидуальных предпринимателей (43,9 %). В территориальных фондах ОМС зарегистрированы 88 страхователей для неработающих граждан (84 органа исполнительной власти субъектов РФ и 4 – иные организации, установленные постановлением Правительства РФ от 20.07.2011 № 593).

Общая схема движения денежных средств между субъектами и участниками системы ОМС представлена на рис. 1.

Реализация территориальных программ ОМС

Во исполнение постановления Правительства РФ от 22.10.2012 г. № 1074 органами государственной власти 83 субъектов РФ и г. Байконура разработаны и утверждены территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – ПГГ), включающие в себя территориальные программы ОМС.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СТРАН С СИСТЕМОЙ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ И БЮДЖЕТНЫМ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ ПОКАЗЫВАЕТ, ЧТО В ГРУППЕ СТРАН С БЮДЖЕТНЫМ ФИНАНСИРОВАНИЕМ ОТМЕЧАЮТСЯ ЗНАЧИТЕЛЬНО МЕНЬШИЕ РАСХОДЫ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ПРИ СУЩЕСТВЕННО ЛУЧШИХ УПРАВЛЯЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТАХ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.

Ю.М. Комаров, д-р мед. наук, проф., заслуженный деятель науки РФ, вице-президент Российской Медицинской Ассоциации, член Президиума Национальной Медицинской Палаты

Важно ➤ С 2013 г. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи утверждается постановлением Правительства РФ ежегодно на трехлетний период ■

Программа устанавливает перечень видов, форм и условий оказываемой бесплатно медицинской помощи, перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно, категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно, средние нормативы объема медицинской помощи, средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, средние подушевые нормативы финансирования, порядок и структуру формирования тарифов на медицинскую помощь и способы ее оплаты, а также требования к территориальным программам государственных гарантий в части определения порядка, условий предо-

ставления медицинской помощи, критериев доступности и качества медицинской помощи.

В рамках реализации базовой программы ОМС осуществляется финансовое обеспечение мероприятий по диспансеризации отдельных категорий граждан, применению вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения), включая лекарственное обеспечение в соответствии с законодательством РФ, а также медицинской реабилитации, осуществляемой в медицинских организациях.

С 2013 г. структура тарифа на оплату медицинской помощи за счет средств ОМС включает все статьи расходов, за исключением расходов медицинских организаций на капитальный ремонт и проектно-сметную документацию для его проведения, а также, на приобретение оборудования стоимостью свыше 100 тыс. руб. за единицу.

Оценка рисков



ОМС – ОСНОВНОЙ КАНАЛ ФИНАНСИРОВАНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ



ФАКТИЧЕСКИЕ РАСХОДЫ СРЕДСТВ ОМС НА РЕАЛИЗАЦИЮ ТЕРПРОГРАММ ОМС НА 1 ЗАСТРАХОВАННОГО В НЕКОТОРЫХ СУБЪЕКТАХ РФ НЕ ДОСТИГЛИ ВЕЛИЧИНЫ НОРМАТИВА, УЧИТЫВАЮЩЕГО ФИНАНСИРОВАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ



НЕИСПОЛНЕНИЕ ПЛАНОВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПО ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

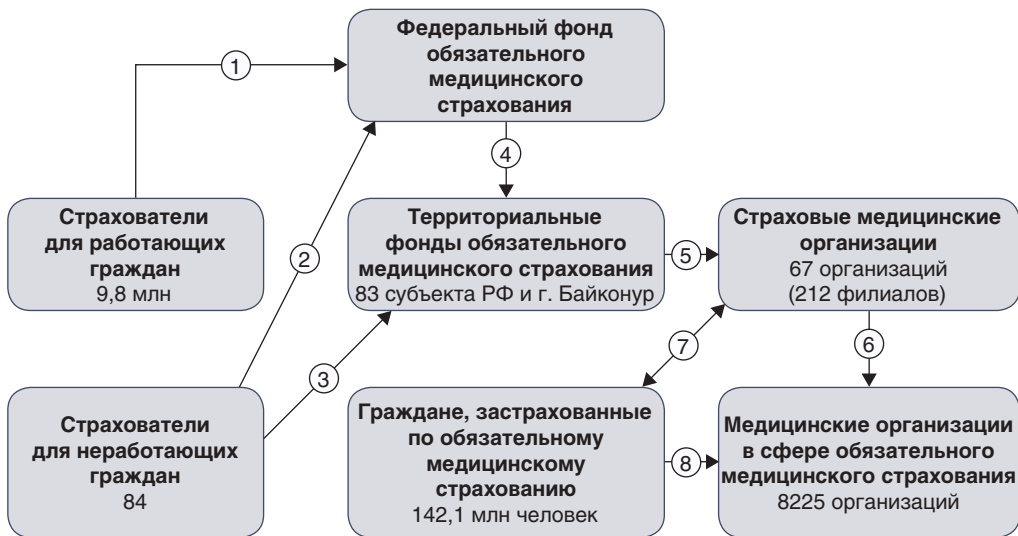


Рис. 1. Организационная структура системы ОМС

Обозначения:

- 1 – страховые взносы на обязательное медицинское страхование работающего населения.
- 2 – страховые взносы на обязательное медицинское страхование неработающего населения.
- 3 – платежи субъектов РФ на дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальной программы ОМС в пределах базовой программы ОМС, на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС.
- 4 – предоставление субвенций на осуществление переданных органам государственной власти субъектов РФ полномочий РФ в сфере ОМС.
- 5 – предоставление страховой медицинской организации средств в соответствии с договором о финансовом обеспечении ОМС.
- 6 – оплата медицинской помощи по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию; осуществление контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в медицинских организациях, включенных в реестр медицинских организаций.
- 7 – выдача полисов ОМС на основании заявления застрахованного лица о выборе (замене) страховой медицинской организации.
- 8 – обращения за бесплатным оказанием медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС при наступлении страхового случая

Важно ➤ В результате перехода к уплате страховых взносов на ОМС неработающего населения по тарифу, установленному Федеральным законом от 30.11.2011 № 354-ФЗ, в 2013 г. объем поступления страховых взносов в бюджет ФОМС увеличился на 29,1 % в сравнении с 2012 г. и составил 385,8 млрд руб ■

С 2013 г. размер субвенций, предоставляемых из бюджета ФОМС бюджетам

ТФОМС, рассчитывается в соответствии с единой «Методикой распределения субвенций, предоставляемых из бюджета ФОМС бюджетам ТФОМС на осуществление переданных органам государственной власти субъектов РФ полномочий РФ в сфере ОМС». В соответствии с методикой, объем субвенций определяется, исходя из численности застрахованных, норматива финансового обеспечения базовой программы ОМС и коэффициента

дифференциации, рассчитываемого для каждого субъекта РФ.

Субвенции ФОМС, размер которых составил 1 025,4 млн руб. (84,5 % от утвержденной стоимости территориальных программ ОМС), являлись основным источником финансового обеспечения выполнения территориальных программ ОМС в 2013 г.

В среднем по РФ в 2013 г. размер финансового обеспечения территориальной программы ОМС на 1 застрахованного за счет субвенций, передаваемых из бюджета ФОМС, составил 7 216,5 руб., что на 59 % больше, чем в 2012 г. (4 537,4 руб.).

Кроме того, источниками финансового обеспечения выполнения территориальных программ ОМС в 2013 г. явились платежи субъектов РФ, передаваемые ТФОМС на дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальной программы ОМС в пределах базовой программы ОМС и на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС, а также прочие поступления.

Важно ➤ Впервые с 2013 г. территориальные программы ОМС в рамках базовой программы ОМС являются сбалансированными ■

Утвержденная стоимость территориальных программ ОМС в целом по РФ в 2013 г. составила 1 214 133,4 млн руб. и на 57,8 % превысила этот показатель 2012 г. (769 234,5 млн руб.). Доля средств ОМС в структуре территориальных ПГГ в целом по РФ также увеличилась и составила 71,0%.

Уровень исполнения территориальных программ ОМС в целом по РФ в 2013 г. составил 96,2 % от их утвержденной стоимости. В 20 субъектах РФ указанный показатель составил менее 90 %, а наименьшее исполнение выявлено

в Республике Адыгея (82,3 %), г. Байконуре (82,4 %), Республиках Ингушетия (82,7 %) и Тыва (83,5%).

Фактические расходы на реализацию территориальных программ ОМС и содержание медицинских организаций в сфере ОМС составили 1 235 660,87 млн руб. (на 42,1 % выше показателя 2012 г. – 869 560,79 млн руб.), в том числе:

- расходы средств ОМС (в т.ч., на содержание административно-управленческого аппарата ТФОМС и на ведение дела страховыми медицинскими организациями) – 1 167 867,12 млн руб. (на 60,8% больше, чем в 2012 г.);
- консолидированных бюджетов субъектов РФ на содержание медицинских организаций в сфере ОМС – 67 793,75 млн руб. (в 2 раза меньше, чем в 2012 г.), включая местных бюджетов на данные цели – 5 353,07 млн руб. (на 74,7% меньше, чем в 2012 г.).

Важно ➤ Значительное уменьшение в 2013 г. расходов консолидированных бюджетов субъектов РФ на содержание медицинских организаций в сфере ОМС связано с переходом на преимущественно одноканальное финансирование медицинской помощи за счет средств ОМС ■

В 2013 г. фактические расходы средств ОМС на реализацию территориальных программ ОМС (с учетом средств на содержание административно-управленческого аппарата ТФОМС и ведение дела страховыми медицинскими организациями) на одного застрахованного составили 8 219,0 руб. (без учета коэффициентов дифференциации – 7 044,7 руб.), что на 10,1% выше подушевого норматива, учитывающего финансовое обеспечение скорой медицинской помощи, установленной ПГГ.

Фактические расходы средств ОМС на реализацию территориальных программ ОМС на одного застрахованного в 34 субъек-

ектах РФ не достигли величины норматива, учитывающего финансирование скорой медицинской помощи. Наименьший уровень указанных расходов отмечен в Республиках Ингушетия (84,4 % норматива), Северная Осетия – Алания (89,8 %), Тыва (89,9%) и Алтай (91,4 %); наибольший – в Ханты-Мансийском (182,3 %), Чукотском (180,1%) и Ямало-Ненецком (171,5 %) автономных округах.

В 2013 г. финансовое обеспечение скорой медицинской помощи (за исключением специализированной) осуществлялось за счет межбюджетных трансфертов, передаваемых из бюджетов субъектов РФ в бюджеты ТФОМС в объеме не менее фактических расходов консолидированных бюджетов субъектов РФ на указанные цели в предыдущем году.

Общие расходы на скорую медицинскую помощь составили 86 081,3 млн руб., средняя стоимость вызова (без учета влияния коэффициентов дифференциации) составила 1 793,1 руб. (124,9 % от норматива ПГГ).

Расходы на амбулаторную медицинскую помощь в рамках территориальных программ ОМС составили 422 409,8 млн руб. (на 60,5 % выше, чем в 2012 г.), в том числе, на медицинскую помощь с профилактической целью – 137 973,1 млн руб. (32,7% расходов на амбулаторную медицинскую помощь), в неотложной форме – 11 415,2 млн руб. (2,7 %), в связи с заболеваниями – 273 021,5 млн руб. (64,6 %). Средняя стоимость 1 посещения с профилактической целью (без учета коэффициентов дифференциации) составила 296,7 руб. (111,4 % от норматива), 1 посещения в неотложной форме (без учета коэффициентов дифференциации) – 404,1 руб. (118,5 % от норматива), 1 обращения в связи с заболеванием (без учета коэффициентов дифференциации) – 760,7 руб. (98,5 % от норматива).

Расходы на медицинскую помощь в стационарных условиях сложились на

уровне 591 473,6 млн руб. (на 45,3 % больше, чем в 2012 г.). Средняя стоимость 1 случая лечения в стационаре составила 18 646,7 руб. (на 24,8 % больше, чем в 2012 г.), средняя стоимость 1 койко-дня (без учета влияния коэффициентов дифференциации) – 1 856,2 руб. (105,7 % от норматива), что выше показателя 2012 г. на 48,6 %.

Расходы на медицинскую помощь, оказанную в условиях дневных стационаров, составили 40 554,8 млн руб. (на 50,7 % больше, чем в 2012 г.), средняя стоимость лечения 1 больного – 4 963,1 руб., а средняя стоимость 1 пациенто-дня (без учета коэффициентов дифференциации) – 499,3 руб. (87,6 % от норматива), что на 41,8 % выше показателя 2012 г.

Важно ➤ В целом по РФ фактические объемы медицинской помощи по ОМС, оказанной в амбулаторных условиях с профилактической целью и в связи с заболеванием, а также в стационарных условиях, превысили нормативы, установленные ПГГ. Объемы скорой медицинской помощи, медицинской помощи в амбулаторных условиях в неотложной форме и медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров, сложились ниже нормативов, установленных ПГГ ■

В целом по РФ утвержденные территориальные нормативы объема медицинской помощи в расчете на 1 застрахованное лицо в год составили:

- скорой медицинской помощи – 0,304 вызова (95,6 % от норматива ПГГ);
- медицинской помощи в амбулаторных условиях:
 - оказываемой с профилактической целью (включая посещения центров здоровья, посещения в связи с диспансеризацией и посещения среднего медперсонала) – 2,34 посещения в расчете на 1 застрахованного в год (114,7% от норматива ПГГ);

- в неотложной форме – 0,326 посещения (90,6% от норматива ПГГ);
- связи с заболеванием – 2,075 обращений (109,2% от норматива ПГГ);
- в условиях дневного стационара – 0,542 пациенто-дней (104,2 % от норматива ПГГ);
- в стационарных условиях – 1,921 койко-дня (110,4 % от норматива ПГГ). Фактические показатели объемов медицинской помощи на 1 застрахованное лицо в год составили:
 - скорой медицинской помощи – 0,29 вызова (91,2% от норматива ПГГ и 95,4 % от утвержденного территориального норматива);
 - медицинской помощи в амбулаторных условиях:
 - оказываемой с профилактической целью 2,805 посещения (137,5 % от норматива ПГГ и 119,9 % от утвержденного территориального норматива);
 - в неотложной форме – 0,17 посещения (47,2% от норматива ПГГ и 52,1% от утвержденного территориального норматива);
 - связи с заболеванием – 2,165 обращения (113,9 % от норматива ПГГ и 104,3 % от утвержденного территориального норматива);
 - в условиях дневного стационара – 0,49 пациенто-дня (94,2 % от норматива ПГГ и 90,4 % от утвержденного территориального норматива);
 - в стационарных условиях – 1,922 койко-дня (110,5 % от норматива ПГГ и 100,1 % от утвержденного территориального норматива).

В сравнении с 2012 г. фактические объемы стационарной медицинской помощи уменьшились на 3,8 %, а средняя длительность госпитализации составила 10,0 дней (на 3,5 % меньше, чем в 2012 г.)

В 2013 г. ФОМС совместно с Минздравом РФ, Международным банком реконструкции и развития, органами государственной власти субъектов РФ

и территориальными фондами ОМС продолжились мероприятия по совершенствованию системы оплаты медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, на основе клинко-статистических групп заболеваний (КСГ).

Указанные мероприятия осуществлялись в трех пилотных регионах (Кировской, Липецкой и Томской обл.) и предусматривали совершенствование управленческого учета в медицинских организациях, использование информационных систем, необходимых для внедрения и мониторинга результативности принимаемых мер.

Важно ➤ Экономическим эффектом внедрения оплаты стационарной помощи по КСГ в субъектах РФ, участвовавших в проекте в 2012–2013 гг., стало снижение длительности пребывания пациентов в стационаре на 11% и увеличение числа пролеченных пациентов на 4,5 %. Кроме того, отмечено повышение уровня сложности проводимого лечения ■

В результате успешной реализации в 2012–2013 годах мероприятий по отработке механизмов оплаты медицинской помощи, оказываемой в условиях стационара, разработана обновленная классификация КСГ, утвержденная приказом ФОМС от 14.11.2013 № 229 и включенная в «Рекомендации по способам оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в дневных стационарах на основе групп заболеваний, в том числе клинко-статистических групп (КСГ) и клинко-профильных групп (КПГ) за счет средств системы ОМС».

Финансовое обеспечение отдельных направлений работы

С 2013 г. финансирование профилактических мероприятий (в т.ч., диспансеризация работающих граждан и диспансеризация пребывающих в стационарных

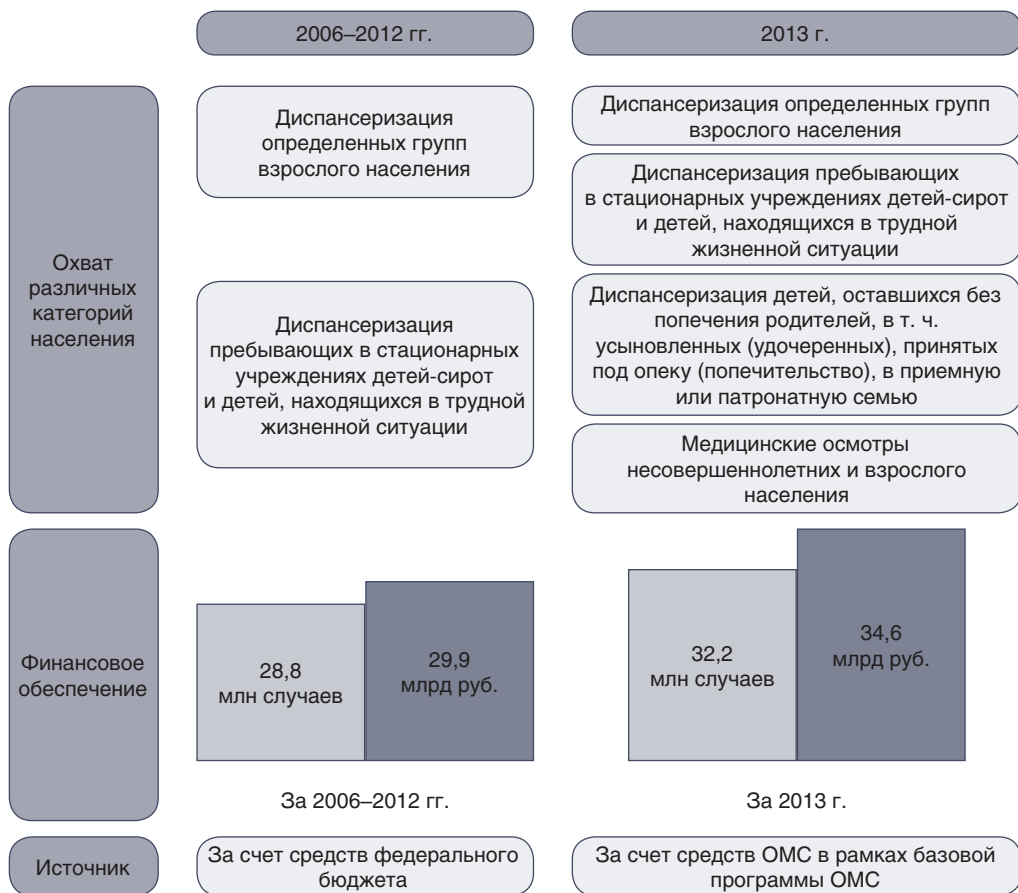


Рис. 2. Реализация профилактических мероприятий в 2006–2013 гг.

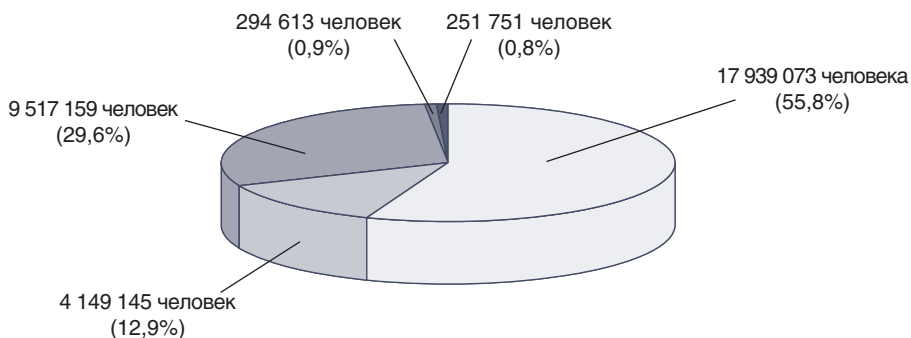
учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации), осуществлялось за счет средств ОМС в рамках реализации территориальных ПГГ. Впервые в рамках территориальной программы ОМС установлены объемы оказания профилактической помощи (диспансеризация определенных групп населения, диспансерное наблюдение и профилактический осмотр).

Расширился список профилактических направлений, и увеличилось количество и охват застрахованных граждан, подлежащих профилактическим мероприятиям (рис. 2).

Численность отдельных категорий граждан, прошедших диспансеризацию и медицинские осмотры в 2013 г., составила 32 151 41 человек из них 22 088 218 взрослых (68,7%) и 10 063 523 детей (рис. 3).

Диспансеризация и медицинские осмотры взрослого населения.

В 2013 г. диспансеризации подлежали 22 704 423 взрослых граждан (20,3 % от численности застрахованных, прикрепленных к медицинским организациям, проводящим диспансеризацию), из которых прошли диспансеризацию 17 939



- Диспансеризация определенных групп взрослого населения
- Профилактические медицинские осмотры взрослого населения
- Профилактические и предварительные осмотры несовершеннолетних
- Диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации
- Диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в т. ч. усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство) в приемную или патронатную семью

Рис. 3. Реализация профилактических мероприятий в 2013 г.

073 (79,0 % от запланированной численности).

В 6 субъектах РФ план проведения диспансеризации исполнен на 100 % и более (Республика Калмыкия – 100,8 %, Алтайский край – 102,6 %, Кемеровская обл. – 102,5 %, Пензенская обл. – 100,0 %, Томская обл. – 108,0 %, г. Москва – 115,0 %). Неисполнение плановых показателей отмечено в 77 субъектах РФ. На 30 % и менее план проведения диспансеризации исполнен в 5 субъектах РФ.

Профилактическим медицинским осмотрам в РФ подлежало 8 653 953 взрослых. К оплате предъявлены счета за 4 149 145 законченных случаев диспансеризации (47,9 % от плана) на общую сумму 1 960 735,23 тыс. руб. (фактически оплачено 1 882 905,70 тыс. руб.).

В 15 субъектах РФ план проведения профилактических медицинских осмотров взрослого населения исполнен на 100 % и более. Наибольшие показатели достигнуты в Волгоградской обл. (114,4 %), Ленинградской обл. (104,7 %),

Томской обл. (118,3 %), Тульской обл. (116,9 %), г. Москве (148,5 %). Неисполнение плановых показателей отмечено в 63 субъектах РФ. В 6 субъектах РФ в 2013 г. профилактические медицинские осмотры взрослого населения не проводились.

Медицинские осмотры и диспансеризация и детского населения. Медицинские осмотры несовершеннолетних предусматривали 3 вида осмотров: профилактические осмотры, предварительные осмотры, периодические осмотры.

В 2013 г. профилактическим осмотрам несовершеннолетних подлежало 12 935 953 чел. За 8 438 426 проведенных профилактических осмотров медицинским организациям выплачено 7 191 291,40 тыс. руб.

Периодическим медицинским осмотрам несовершеннолетних подлежало 6 585 346 человек, сумма оплаты составила 1 265 683,90 тыс. руб. В республиках Карелия, Ингушетия, Северная Осетия – Алания, Мордовия, Татарстан, Камчат-

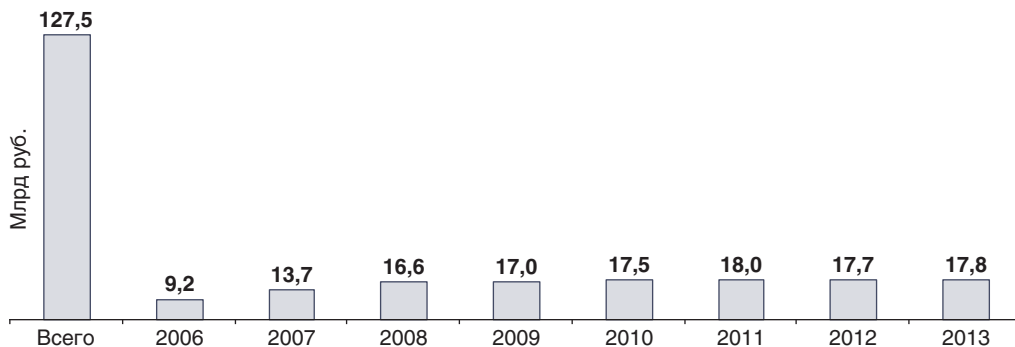


Рис. 4. Объемы финансовых средств, направленных на оплату родовых сертификатов в период 2006-2013 г.г.

ском крае, во Владимирской, Ярославской обл., Еврейской автономной области, Ненецком автономном округе, г. Санкт-Петербурге в 2013 г. периодические осмотры несовершеннолетних не проводились.

Диспансеризации подлежало 288 867 пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации. Количество медицинских организаций, проводящих такую диспансеризацию, составило 1 695, а сумма оплаты – 903 634,30 тыс. руб. (288 818 законченных случаев).

В 51 субъекте РФ план диспансеризации был выполнен на 100% и более (в Удмуртской Республике – 104,3 %, Чеченской Республике – 105,0 %, Чувашской Республике – 104,8 %, Хабаровском крае – 105,4 %, Архангельской области – 107,4 %, в г. Москве – 107,3 %). Менее, чем на 100%, план проведения диспансеризации исполнен в Республике Калмыкия (91,9 %), Республике Тыва (93,2 %), Камчатском крае (87,0 %), Оренбургской обл. (81,9 %), Чукотском автономном округе (90,5 %).

Диспансеризация детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительства), в приемную или патронатную семью была выполнена в 237 890 случаев

(84,9% от плана). Медицинским организациям оплачено 756 570,50 тыс. руб.

В 19 субъектах РФ план диспансеризации исполнен, наибольшие показатели достигнуты в Хабаровском крае (118,9 %), Волгоградской (101,1 %), Иркутской (101,1%), Московской (100,9 %), Самарской (107,1 %) и Ульяновской областях (103,2 %).

Неисполнение плановых показателей отмечено в 58 субъектах РФ. В 4 субъектах РФ уровень исполнения плана проведения диспансеризации составил менее 50%: Камчатском крае (21,9 %), Кировской (21,0 %) и Мурманской областях (23,1 %), г. Байконур (16,1 %).

В 3 субъектах РФ диспансеризация указанной категории детей в 2013 г. не проводилась (Республика Северная Осетия – Алания, Чеченская Республика, г. Москва).

Медицинская помощь женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде, а также диспансерное (профилактическое) наблюдение ребенка в течение первого года жизни. В 2013 г. в целях оплаты медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде, а также диспансерного наблюдения ребенка в течение первого г. жизни из

бюджета ФОМС ОМС в бюджет Фонда социального страхования РФ было направлено 17 792 200,3 тыс. руб. (93,5 % от утвержденного объема средств) (рис. 4). Указанные средства направлялись соответствующим медицинскими организациями на приобретение медицинского оборудования, инструментария, мягкого инвентаря, изделий медицинского назначения, медикаментов и дополнительного питания для беременных и кормящих женщин.

Проведенные мероприятия позволили укрепить материально-техническую базу женских консультаций и родильных домов в целях улучшения качества оказания медицинских услуг женщинам в период беременности, родов и в послеродовом периоде.

Единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам в сельских населенных пунктах и рабочих поселках. В 2013 г. осуществлялось финансовое обеспечение единовременных компенсационных выплат медицинским работникам, предусмотренных ч. 121 ст. 51 Федерального закона от

29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ».

Единовременные компенсационные выплаты осуществлялись медицинским работникам в возрасте до 35 лет, прибывшим в 2013 г. после окончания образовательного учреждения высшего профессионального образования на работу в сельский населенный пункт либо рабочий поселок или переехавшим на работу в сельский населенный пункт либо рабочий поселок из другого населенного пункта. Финансовое обеспечение единовременных компенсационных выплат медицинским работникам в 2013 г. осуществлялось в равных долях за счет иных межбюджетных трансфертов, предоставляемых бюджету территориального фонда ОМС из бюджета Федерального фонда, и средств бюджетов субъектов РФ.

Согласно распоряжению Правительства РФ от 08.11.2013 № 2068-р утвержденный размер иных межбюджетных трансфертов с учетом резерва ФОМС составил 2 861 500 тыс. руб., что позволило привлечь в 2013 г. на работу в сельские населенные пункты и рабочие поселки 4 253 медицинских работников.

(Продолжение следует)

Закажите доступ
к электронной системе
для экономистов ЛПУ
на www.elpu.ru



ЭЛЕКТРОННАЯ СИСТЕМА
ЭКОНОМИКА ЛПУ

Экспертные рекомендации
для экономистов ЛПУ

Реклама

Установление требований к закупаемым лекарственным средствам

Ключевые слова

44-ФЗ, госзакупки, описание объекта закупки, лекарственные средства

А.А. Федоров,
ст. юрист Экспертно-консультационного центра Института госзакупок
www.roszakupki.ru



Написать автору
WWW.ZDRAV.RU

ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЛЮБОЙ ЗАКУПКИ ПО НОРМАМ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА ОТ 05.04.2013 № 44-ФЗ ЗАКАЗЧИК ДОЛЖЕН ПОДГОТОВИТЬ ОПИСАНИЕ ОБЪЕКТА ЗАКУПКИ, ВКЛЮЧАЮЩЕЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ, ТЕХНИЧЕСКИЕ И КАЧЕСТВЕННЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ, А ТАКЖЕ ЭКСПЛУАТАЦИОННЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОБЪЕКТА ЗАКУПКИ.

ПРИ ЭТОМ В ОТНОШЕНИИ ЗАКУПОК ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ УСТАНОВЛЕН РЯД ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ТРЕБОВАНИЙ И УСЛОВИЙ.

Ключевые правила установления требований к закупаемым лекарственным средствам

Первое правило: документация о закупке должна содержать указание на международные непатентованные наименования (МНН) лекарственных средств (далее – ЛС) или, при отсутствии таких наименований, – химические, группировочные наименования, если объектом закупки являются ЛС (п. 6 ч. 1 ст. 33 Закона № 44-ФЗ).

С учетом данной нормы в подавляющем большинстве случаев закупки осуществляются по МНН без использования торговых наименований.

Среди отдельных заказчиков распространено мнение, что по торговым наименованиям можно закупать инсулины и циклоспорины, более того, даже отдельные управления ФАС России поддерживают данную точку зрения в своих решениях¹. Данная позиция основана на совместном письме Минэкономразвития России, Минздравсоцразвития России, ФАС России от 31.10.2007 № 16811-АП/Д04/8035-ВС/ИА/20555, изданном еще в рамках реализации Федерального закона от 21.07.2005 № 94-ФЗ «О разме-

¹ См., например, решение Бурятского УФАС России от 05.06.2014 по делу № 04-50/183-2014 (по жалобе ГП РБ «Бурят-Фармация»), решение Пензенского УФАС России от 15.04.2014 по делу № 3-22/38-2014 (по жалобе ЗАО «НПК «Катрен»), решение Кировского УФАС России от 15.05.2014 по делу № 76/03-14-з (по жалобе ЗАО «ГЕРОФАРМ»).

ВО ВСЕХ РАЗВИТЫХ СТРАНАХ ПРАВИТЕЛЬСТВА ЗАБОЯТСЯ О СНИЖЕНИИ ЦЕН НА РЫНКЕ. ЭТА ЦЕЛЬ РЕАЛИЗУЕТСЯ ПО-РАЗНОМУ, НО МАГИСТРАЛЬНЫЙ ПУТЬ ЛЕЖИТ НЕ В РУСЛЕ АДМИНИСТРАТИВНОГО ОГРАНИЧЕНИЯ, А В СОЗДАНИИ УСЛОВИЙ ДЛЯ КОНКУРЕНЦИИ...

Н.А. Шаравская, заместитель начальника управления контроля социальной сферы и торговли ФАС России

щении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд».

К сожалению, в настоящее время нет никаких оснований для применения данного письма в практической деятельности заказчиков, поскольку, во-первых, ни один из органов, подписавших письмо, не наделен правом подготовки официальных разъяснений законодательства о контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для государственных и муниципальных нужд. Во-вторых, сам Закон № 44-ФЗ содержит четко определенный, закрытый перечень случаев, когда можно указывать торговые наименования, среди которых отсутствует закупка инсулинов и циклоспоринов.

Важно ➤ Заказчики, закупающие инсулины или циклоспорины по торговым наименованиям нарушают п. 6 ч. 1 ст. 33 Закона № 44-ФЗ, а также п. 1 ч. 1 ст. 33

Закона № 44-ФЗ, запрещающий указывать в документации о закупке товарные знаки! ■

Закон № 44-ФЗ предусматривает всего три исключения из запрета на указание товарных знаков:

1. Закупка у единственного поставщика. В этом случае документация о закупке не составляется, следовательно, ст. 33 Закона № 44-ФЗ вообще не подлежит применению;

2. Проведение запроса предложений на основании п. 7 ч. 2 ст. 83 Закона № 44-ФЗ. В этом случае закупаются лекарственные препараты, которые необходимы для

¹ Большинство торговых наименований лекарственных препаратов является зарегистрированными товарными знаками, например, по данным базы Роспатента торговое наименование «Хумулин» является товарным знаком, принадлежащим компании «Эли Лилли энд Компани» (США), «Апидра» – товарным знаком компании «Авентис Фарма С.А.» (Франция), «Левемир» – товарным знаком компании «Ново Нордиск А/С» (Дания), «Сандиммун» – товарным знаком компании «Сандоз АГ/СА Лтд.» (Швейцария) и т. д.

Оценка рисков



ПО ОБЩЕМУ ПРАВИЛУ НЕ ДОПУСКАЕТСЯ УКАЗАНИЕ ТОРГОВЫХ НАИМЕНОВАНИЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, А ПРИОРИТЕТНЫМ СПОСОБОМ ИХ ЗАКУПКИ ЯВЛЯЕТСЯ ЭЛЕКТРОННЫЙ АУКЦИОН



НЕ ДОПУСКАЕТСЯ УСТАНОВЛЕНИЕ ТРЕБОВАНИЙ К ОСТАТОЧНОМУ СРОКУ ГОДНОСТИ, УПАКОВКЕ И Т. Д., ВЕДУЩИХ К ОГРАНИЧЕНИЮ ЧИСЛА УЧАСТНИКОВ ЗАКУПКИ



НЕОБХОДИМОСТЬ ДОКАЗЫВАТЬ ОБОСНОВАННОСТЬ ТРЕБОВАНИЙ К ОБЪЕКТУ ЗАКУПКИ

назначения пациенту при наличии медицинских показаний (индивидуальная непереносимость, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии, которое фиксируется в медицинских документах пациента и журнале врачебной комиссии. В данном решении врачебной комиссии должно быть указано конкретное торговое наименование лекарственного препарата;

3. Закупка ЛС, входящих в перечень ЛС, закупка которых осуществляется в соответствии с их торговыми наименованиями.

Правила формирования перечня ЛС, закупка которых осуществляется в соответствии с их торговыми наименованиями, утверждены постановлением Правительства Российской Федерации от 28.11.2013 № 1086 и вступили в силу с 1 января 2014 г¹.

Важно ➤ Общий запрет на указание торговых наименований при закупке соответствует проводимой в настоящее время государственной политике в сфере здравоохранения, ведь и назначение ЛС согласно п. 3 Порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, утвержденного приказом Минздрава России от 20.12.2012 № 1175н, как правило, осуществляется только по МНН, либо по группировочному наименованию (при отсутствии МНН) ■

Второе правило: *описание объекта закупки должно носить объективный характер (п. 1 ч. 1 ст. 33 Закона № 44-ФЗ).*

Данное правило подразумевает запрет на включение в техническое задание характеристик, поддающихся только субъективной оценке, например, формулировка: «форма выпуска лекарственного препарата должна обеспечивать удоб-

ство введения» – не отвечает требованиям объективности, поскольку определение «удобство» является в такой редакции сугубо оценочной характеристикой, а каждый член комиссии по осуществлению закупок может иметь свое представление о том, что такое «удобно». Исправить ситуацию можно, указав конкретную форму выпуска лекарственного препарата (если тем самым не будут нарушены иные правила).

Обычно описание в закупочной документации ЛП включает в себя следующее:

- МНН;
- лекарственная форма;
- дозировка;
- фасовка (упаковка);
- количество;
- остаточный срок годности.

Обратите внимание: нежелательно указывать остаточный срок годности в процентах от установленного производителем срока, как привыкло большинство заказчиков, поскольку:

- во-первых, согласно ст. 190 Гражданского кодекса Российской Федерации (далее – ГК РФ) сроки определяются календарной датой или истечением периода времени, который исчисляется годами, месяцами, неделями, днями или часами (т. е., правильно будет – «остаточный срок годности на дату поставки – X месяцев» или «препарат должен быть годен не менее чем до ____ (день, месяц, год)»);
- во-вторых, в рамках одного МНН у лекарственных препаратов разных производителей могут быть разные сроки годности. Например, в рамках одного МНН у одного препарата по инструкции срок годности 2 года, у другого – 4 года, заказчиком в документации прописано требование об остаточном сроке годности – 50%, таким образом, заказчик может получить как препарат с остаточным сроком годности 1 год (50% от 2 лет), так и препарат

¹ По состоянию на дату написания настоящей статьи сам перечень еще не был утвержден.

с остаточным сроком годности 2 года (50% от 4 лет). В такой ситуации установление срока годности в процентах приведет к несоответствию документации требованиям ч. 2 ст. 33 Закона № 44-ФЗ, а также к несоблюдению требования об «объективности» описания объекта закупки (п. 1 ч. 1 ст. 33 Закона № 44-ФЗ).

Третье правило: *в описании объекта закупки не должны включаться требования или указания в отношении товарных знаков, знаков обслуживания, фирменных наименований, патентов, полезных моделей, промышленных образцов, наименование места происхождения товара или наименование производителя, а также требования к товарам, информации, работам, услугам при условии, что такие требования влекут за собой ограничение количества участников закупки, за исключением случаев, если не имеется другого способа, обеспечивающего более точное и четкое описание характеристик объекта закупки (ч. 2 ст. 8, п. 1 ч. 1 ст. 33 Закона № 44-ФЗ, ч. 1 ст. 17 № 135-ФЗ).*

В частности, заказчик не имеет права указать в техническом задании требуемую страну происхождения лекарственного препарата (например, «Россия»), даже если конкретная страна происхождения лекарственного препарата указана, к примеру, в региональных правовых актах¹.

Отдельного пояснения требует запрет устанавливать «требования к товарам при условии, что такие требования влекут за собой ограничение количества участников закупки».

Общий подход ФАС России по любым объектам закупки (не только лекарствам)

состоит в недопустимости описывать в документации товар таким образом, чтобы этим требованиям соответствовала продукция только одного конкретного производителя. То есть перед заказчиком ставится задача обеспечить не столько «конкуренцию поставщиков», сколько «конкуренцию производителей».

Важно ➤ В практике антимонопольных органов зачастую используется неписаное «правило трех аналогов», согласно которому при возникновении подозрения в ограничении заказчиком конкуренции путем установления требований, которым соответствует товар только одного производителя, заказчику следует доказать, что на рынке есть и иные товары с характеристиками, указанными в техническом задании ■

Впрочем, заказчик может не доказывать наличие аналогов, а подтвердить (желательно документально) наличие объективных потребностей в товаре с какими-то уникальными характеристиками (пример).

Также следует отметить, что ФАС России систематически выпускает разъяснения по закупкам различных лекарственных препаратов и медицинских изделий. Данные разъяснения не носят обязательного характера для заказчиков, однако учитывать их необходимо, поскольку территориальные управления антимонопольной службы учитывают позицию центрального аппарата ФАС России при рассмотрении жалоб и проведении внеплановых проверок.

Наиболее показательными являются размещенные 16 апреля 2014 г. на официальном сайте ФАС России² разъяснения о закупках лекарственных препаратов с МНН «Интерферон альфа 2b», в которых раскрыта позиция антимоно-

¹ См., например, приложения № 8 и 9 к Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи в Красноярском крае на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов, утвержденной постановлением правительства Красноярского края от 25.12.2013 № 708-п.

² http://fas.gov.ru/clarifications/clarifications_30451.html.

Пример

Архангельским УФАС России в рамках рассмотрения дела № 170оз-14 по жалобе ООО «Джодас Экспоим» на действия единой комиссии Контрактного агентства Архангельской области при проведении электронного аукциона на право заключения контракта на поставку лекарственного препарата «Меропенем» было установлено, что установленные в документации требования к температуре хранения лекарственного препарата (до +30°C) исключают возможность предложения участниками закупки ряда лекарственных препаратов, зарегистрированных в рамках МНН «Меропенем» и имеющих температуру хранения до +25°C. Однако антимонопольный орган не усмотрел нарушения в документации, поскольку из объяснений Заказчика следовало, что «выставление данного требования обусловлено необходимостью постоянного наличия и хранения необходимого запаса лекарственного препарата «Меропенем» на месте применения (на постах отделения реанимации и интенсивной терапии, в кабинете старшей медицинской сестры этого отделения, процедурных кабинетах и т. д.). В этих помещениях температура воздуха зачастую превышает +25 °С в связи с отсутствием систем кондиционирования».

польного органа по целой группе вопросов, связанных с приобретением любых лекарственных препаратов для государственных и муниципальных нужд.

В частности, было указано, что:

- аналогичные по МНН, лекарственной форме и дозировке лекарственные препараты следует относить к взаимозаменяемым лекарственным препаратам;
- различные (по наименованию) лекарственные формы, соответствующие

одному способу введения и применения, и обеспечивающие достижение необходимого лечебного эффекта, следует относить к взаимозаменяемым лекарственным формам. Например, лекарственные препараты для парентерального (внутривенного, внутримышечного, подкожного) введения в лекарственных формах «лиофилизат для приготовления раствора», «порошок для приготовления раствора», «концентрат для приготовления раствора», «раствор», «лиофилизат для приготовления суспензии», «порошок для приготовления суспензии» и «суспензия» взаимозаменяемы. Требования заказчика о поставке лекарственного препарата в лекарственной форме «раствор» или «суспензия» в связи с необходимостью дополнительного разведения лиофилизата, порошка или концентрата являются необоснованными, поскольку удобство применения лекарственного препарата для медицинского персонала не связано с терапевтической эффективностью препарата. Исключением может быть поставка лекарственных препаратов для парентерального введения в шприц-ручках, шприц-тюбиках, преднаполненных шприцах и аналогичных устройствах введения, используемых непосредственно пациентами вне медицинских организаций;

- различные дозировки лекарственных препаратов также следует считать взаимозаменяемыми, если существует возможность их кратного сопоставления. Например, одну таблетку с дозировкой действующего вещества 100 мг, можно заменить двумя таблетками аналогичного лекарственного препарата с дозировкой по 50 мг¹;

¹ Хотя возникает вопрос, насколько такой подход обоснован с точки зрения фармакокинетики и где граница такого сугубо математического подхода.

- применительно к МНН «Интерферон альфа b2» также отмечено, что подкожный и внутримышечный способы введения лекарственных препаратов не влияют на их функциональные и терапевтические свойства, в связи с чем возможна их взаимозаменяемость.

Вместе с тем заказчикам иногда все же удается обосновать перед антимонопольным органом необходимость закупки лекарственного препарата с какой-либо уникальной характеристикой, ссылаясь на наличие к тому объективных потребностей, обусловленных спецификой деятельности заказчика (см. выше пример с закупкой препарата «Меропенем») или контингента пациентов.

Ниже в порядке убывания их «успешности» приведем те позиции, которые на практике чаще всего оправдывают действия заказчика, установившего жесткие требования к характеристикам лекарственных препаратов с целью уйти от аналогов:

- более широкие показания к применению;
- отсутствие определенных противопоказаний к применению;
- отсутствие определенных побочных эффектов;
- более широкая совместимость с другими препаратами;
- более широкие возможности введения препарата;
- форма выпуска, дозировка/расфасовка.

Важно ➤ Выявленные отличия между лекарственными препаратами действительно можно включить в техническое задание. При этом должно быть объективное обоснование (потребность) заказчика именно в таких свойствах препарата. Сравнение лекарственных препаратов производится по формальной части, т. е. по инструкциям по медицинскому применению ■

Четвертое правило: предметом одного контракта (одного лота) не могут быть ЛС с МНН (при отсутствии таких наименований с химическими, группировочными наименованиями) и торговыми наименованиями (п. 6 ч. 1 ст. 33 Закона № 44-ФЗ).

Важно ➤ Данное правило означает, что во всех случаях, когда закон разрешает закупать лекарственные препараты по торговому наименованию, включать в один лот с этими препаратами лекарства, закупаемые по МНН, не допускается ■

Пятое правило: предметом одного контракта (одного лота) не могут быть ЛС с различными МНН или при отсутствии таких наименований с химическими, группировочными наименованиями при условии, что начальная (максимальная) цена контракта (цена лота) превышает предельное значение, установленное Правительством РФ (п. 6 ч. 1 ст. 33 Закона № 44-ФЗ).

Согласно постановлению Правительства Российской Федерации от 17.10.2013 № 929 такими предельными значениями являются:

- 1 млн руб. – для заказчиков, у которых объем денежных средств, направленных на закупку ЛС в предшествующем году, составил менее 500 млн руб.;
- 2,5 млн руб. – для заказчиков, у которых объем денежных средств, направленных на закупку ЛС в предшествующем году, составил от 500 млн руб. до 5 млрд руб.;
- 5 млн руб. – для заказчиков, у которых объем денежных средств, направленных на закупку ЛС в предшествующем году, составил более 5 млрд руб.

При превышении указанных пределов действует жесткое правило: 1 лот = 1 МНН.

И совсем символическое предельное значение, равное 1 тыс. руб., установлено

ЗАПРЕТ НА ОБЪЕДИНЕНИЕ В ОДНОМ ЛОТЕ ПРЕПАРАТОВ С РАЗНЫМИ МНН ЕЩЕ НЕ ОЗНАЧАЕТ ЗАПРЕТА НА ВКЛЮЧЕНИЕ В ОДИН ЛОТ ПРЕПАРАТОВ С РАЗНЫМИ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ФОРМАМИ И/ИЛИ ДОЗИРОВКАМИ, НО С ОДИНАКОВЫМ МНН ПРИ УСЛОВИИ, ЧТО ЭТО НЕ ПОВЛЕЧЕТ ОГРАНИЧЕНИЯ КОНКУРЕНЦИИ.

в п. 2 упомянутого постановления для закупки:

- лекарственного средства с МНН, в рамках которого отсутствуют зарегистрированные в установленном порядке аналогичные по лекарственной форме и дозировке ЛС;
- наркотических ЛС;
- психотропных ЛС;
- радиофармацевтических ЛС.

К сожалению, не все заказчики правильно понимают положения п. 2 постановления Правительства Российской Федерации от 17.10.2013 № 929 и полагают, что свыше 1 тыс. руб. можно формировать так называемые наркотические (или психотропные) лоты, подразумевая, что в такой лот можно включать несколько наркотических (или психотропных) лекарственных препаратов с разными МНН, а 1 тыс. руб. – это порог для включения в такой лот ненаркотических (непсихотропных) лекарственных препаратов.

Такой подход прямо противоречит закону, согласно которому, по достижении предельных значений во всех случаях (и по п. 1, и по п. 2 указанного постановления) должно быть не более одного МНН в одном лоте.

Рекомендации

Подводя итог, можно дать следующие рекомендации заказчикам при установлении требований к лекарственным препаратам:

1. Закупайте лекарственные препараты по МНН. Пока что закупка по торговым наименованиям возможна только у единственного поставщика или запросом предложений при наличии решения врачебной комиссии.

2. Четко описывайте покупаемый лекарственный препарат, избегая требований, которые исключают возможность поставки отдельных препаратов в рамках МНН, за исключением случаев наличия «железного» обоснования потребности в уникальных характеристиках.

3. Соблюдайте правила формирования лотов.

4. Если контрольный орган признал Вас нарушившим закон, а вы с этим не согласны, обжалуйте решения и предписания в судебном порядке. Суды часто встают на сторону заказчиков.

15–16 октября 2014 г. ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России проводит

Всероссийскую научно-практическую конференцию

«Управленческие кадры в здравоохранении Российской Федерации», посвященную 25-летию института

Как известно, создание условий для равного доступа каждого россиянина к качественной медицинской помощи может быть реализовано только в условиях эффективной кадровой политики здравоохранения. Это предполагает оптимальное обеспечение управленческими кадрами всех учреждений, адекватное прогнозирование и распределение трудовых ресурсов, построение современной системы непрерывного образования и обеспечение необходимых условий труда.

Современные условия развития системы здравоохранения ставят целый ряд задач перед лицами, принимающими управленческие решения: повышение престижа врачебного, сестринского и фармацевтического персонала, формирование систем мотивации к достижению высоких результатов, регулирование психологического климата и организационной культуры коллективной работы, обеспечение профессионального и карьерного роста сотрудников.

Более того, улучшение социально-экономических основ государства способствует эффективному международному сотрудничеству и повышает привлекательность миграционных процессов, в т. ч. для специалистов системы здравоохранения. В связи с этим необходимо активизировать деятельность по удержанию российских кадров, формированию привлекательных условий работы в российской медицине, а также создавать механизмы регулирования трудовых иммиграционных процессов в здравоохранении, привлекать специалистов с учетом нашей потребности в кадрах и возможности трудоустройства.

Для обсуждения этих и других вопросов проводится данная конференция.

В рамках мероприятия пройдут пленарное и секционные заседания, в которых примут участие представители органов управления здравоохранением и общественных организаций, сотрудники НИИ и медицинских вузов, а также руководители медицинских учреждений и практикующие врачи.

15 октября на пленарном заседании планируется обсуждение вопросов:

- обеспечения отрасли здравоохранения управленческими кадрами;
- формирования кадрового резерва;
- организации системы непрерывного образования управленческих кадров;
- определения потребности в руководителях медицинских организаций;
- оценки эффективности деятельности руководителей (эффективный контракт);
- профессионального стандарта по специальности «общественное здоровье и здравоохранение»;
- расширения функциональных обязанностей среднего медицинского персонала;
- нормирования труда в здравоохранении;
- права в здравоохранении и других.

16 октября планируется проведение круглых столов:

- «Кейс-менеджмент медицинской организации»;
- «Проблемы и перспективы развития управленческих кадров в сестринском деле».

В конференции можно принять участие в форме выступления с докладом на пленарном заседании или круглом столе, а также в качестве слушателя. Все формы участия бесплатные.

Регистрация проходит до 13 октября 2014 г. на сайте: www.mednet.ru.

Порядок ведения предметно-количественного учета лекарственных средств в учреждениях здравоохранения

Ключевые слова

наркотические средства, психотропные вещества, прекурсоры, предметно-количественный учет

В.Н. Тарасевич,
канд. фарм. наук,
доцент,

Н.В. Новикова, канд.
фарм. наук, доцент

ГБОУ ВПО Пермская государственная фармацевтическая академия Министерства здравоохранения РФ, кафедра управления экономики фармации



Написать автору
WWW.ZDRAV.RU

ОДНИМ ИЗ ЛИЦЕНЗИОННЫХ ТРЕБОВАНИЙ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ СОБЛЮДЕНИЕ ПРАВИЛ РЕГИСТРАЦИИ ОПЕРАЦИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОБРАЩЕНИЕМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ПОДЛЕЖАЩИХ ПРЕДМЕТНО-КОЛИЧЕСТВЕННОМУ УЧЕТУ.

НОРМАТИВНЫМИ ПРАВОВЫМИ АКТАМИ УТВЕРЖДЕНЫ ПОРЯДОК И ПРАВИЛА ВЕДЕНИЯ РЕГИСТРАЦИОННЫХ ЗАПИСЕЙ, А ТАКЖЕ ФОРМЫ ЖУРНАЛОВ ДЛЯ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ И ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ, ПРЕКУРСОРОВ И ИНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ПОДЛЕЖАЩИХ ПРЕДМЕТНО-КОЛИЧЕСТВЕННОМУ УЧЕТУ.

Порядок предметно-количественного учета наркотических и психотропных лекарственных средств

Особой группой лекарственных средств (далее – ЛС), подлежащих предметно-количественному учету (далее – ПКУ), являются наркотические и психотропные ЛС.

Требование о необходимости регистрации в специальных журналах любых операций, в результате которых изменяются количество и состояние наркотических средств и психотропных веществ, предусмотрено Федеральным законом от 08.01.1998 № 3-ФЗ.

Обязанность юридических лиц соблюдать правила ведения и хранения специальных журналов относится к лицензионным требованиям при осуществлении деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ.

Форма специального журнала, правила его ведения и хранения утверждены постановлением Правительства РФ от 04.11.2006 № 644 (приложение 1).

СЕГОДНЯ СИТУАЦИЯ ТАКОВА, ЧТО НИ БОЛЬНЫЕ, НИ МЕДПЕРСОНАЛ ПРАКТИЧЕСКИ НЕ УЧАСТВУЮТ В НЕЗАКОННОМ ОБОРОТЕ НАРКОТИКОВ... ПРИ ЭТОМ СИСТЕМА УЧЕТА, РАСПРЕДЕЛЕНИЯ, ХРАНЕНИЯ, УНИЧТОЖЕНИЯ ОСТАТКОВ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ НАСТОЛЬКО УЖЕТОЧЕНА, ЧТО ВРАЧАМ ПРОЩЕ НЕ НАЗНАЧАТЬ НЕОБХОДИМЫЕ ЛЕКАРСТВА...

Е.А. Брюн, главный внештатный специалист психиатр-нарколог Минздрава России

Важно ➤ Проблемы, связанные с тем, что требования к порядку ведения журналов регистрации не всегда конкретны, приходится решать руководителям учреждений здравоохранения, на которых законодательством возложена персональная ответственность за соблюдение установленных правовых норм и требований. В этой связи большое значение имеют локальные нормативные правовые акты уточняющего характера ■

Форма журнала должна соответствовать утвержденной, при этом особое внимание необходимо обратить на оформление титульного листа журнала.

Название журнала должно точно соответствовать названию, указанному в постановлении Правительства РФ от 04.11.2006 № 644, должны быть поставлены дата начала и, впоследствии, дата окончания ведения журнала.

Обязательно указывается наименование юридического лица и его структурного подразделения.

В соответствии с письмом Минздравсоцразвития России от 20.12.2006 № 6811-ВС «к структурным подразделениям юридического лица могут быть отнесены филиалы, представительства и иные подразделения (обособленные и необособленные). Наименования структурных подразделений (отделения, группы, палаты, отделы и т. п.) должны быть отражены в учредительных и иных организационно-распорядительных документах юридического лица. Для каждого структурного подразделения юридического лица должно быть утверждено положение».

Стоит отметить, что в медицинской организации количественный учет наркотических и психотропных лекарственных препаратов ведется у главной медицин-

Оценка рисков



НЕОБХОДИМОСТЬ ИЗДАНИЯ ЛОКАЛЬНЫХ НОРМАТИВНЫХ АКТОВ, КОНКРЕТИЗИРУЮЩИХ ТРЕБОВАНИЯ К ПОРЯДКУ ВЕДЕНИЯ ЖУРНАЛОВ РЕГИСТРАЦИИ



УКАЗАНИЕ В ЖУРНАЛАХ РЕГИСТРАЦИИ ТОЛЬКО ТОРГОВЫХ НАИМЕНОВАНИЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В НАРУШЕНИЕ ТРЕБОВАНИЙ ПОСТАНОВЛЕНИЯ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ № 681



ХОТЯ ПРАВИЛАМИ ВЕДЕНИЯ И ХРАНЕНИЯ СПЕЦИАЛЬНЫХ ЖУРНАЛОВ РЕГИСТРАЦИИ ПРЕКУРСОРОВ НЕ УСТАНОВЛЕНО ТРЕБОВАНИЕ О ЕЖЕМЕСЯЧНОЙ ИНВЕНТАРИЗАЦИИ, СНЯТИЕ ФАКТИЧЕСКИХ ОСТАТКОВ И СВЕРКУ С ДАННЫМИ УЧЕТА НУЖНО ПРОВОДИТЬ ЕЖЕМЕСЯЧНО

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

(наименование юридического лица)

ЖУРНАЛ
регистрации операций, связанных с оборотом наркотических средств и психотропных веществ

(наркотическое средство (психотропное вещество))

(название, дозировка, форма выпуска, единица измерения)

Месяц	Остаток на 1-е число	Приход			Всего, приход с остатком	Расход				Остаток на конец месяца	Фактический остаток	Отметка об инвентаризации			
		Дата	Наименование, № и дата приходного документа	Количество		Ф. И. О., подпись ответственного лица	Всего	Дата	Наименование, № и дата приходного документа				Количество	Ф. И. О., подпись ответственного лица	Всего
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16

ской сестры, у старшей медицинской сестры, на постах и процедурных кабинетах, т. к. в соответствии с требованиями закона от 08.01.1998 № 3-ФЗ любые операции, в результате которых изменяются количество и состояние наркотических средств и психотропных веществ, подлежат регистрации в специальных журналах. В связи с этим в отделениях медицинской организации должны вестись отдельные журналы.

Важно ➤ Журналы регистрации являются документами строгой отчетности, они должны быть сброшюрованы, пронумерованы и скреплены подписью руководителя и печатью юридического лица ■

В правилах не уточняется, что именно должно быть пронумеровано (страницы или листы), но в любом случае количество пронумерованных страниц (листов) должно быть равно количеству сброшюрованных страниц (листов).

На последней странице журнала концы шнуровки заклеиваются листком бумаги, на котором указывается количество пронумерованных и прошнурованных страниц (листов), ставится подпись руководителя организации или исполняющего его обязанности лица и печать организации. Оттиск печати должен быть полным и четким.

Регистрация операций ведется по каждому наименованию наркотического или психотропного ЛС на отдельном развернутом листе журнала регистрации или в отдельном журнале. Ведется раздельный учет всех торговых наименований лекарственного препарата с учетом лекарственных форм, дозировок и концентраций.

При этом необходимо указывать название ЛС в соответствии с Перечнем, утвержденным постановлением Правительства РФ от 30.06.1998 № 681, а также иные

названия, под которыми они получены юридическим лицом.

Важно ➤ Частым нарушением при проверках контролирующих органов является указание в журнале регистрации только торгового наименования препарата ■

Для каждого наркотического или психотропного ЛС должна быть выбрана и указана единица измерения: граммы, ампулы, таблетки, упаковки с указанием в ней числа ампул, таблеток и т. д.

В журнале должны регистрироваться все операции по приходу и расходу наркотических и психотропных ЛС. При этом каждая приходная и расходная операция должна быть пронумерована, поэтому письмом Минздравсоцразвития России от 20.12.2006 № 6811-ВС предложено дополнить форму журнала графами «№ п/п» (перед датой прихода и датой расхода).

Нумерация записей по каждому наименованию препарата осуществляется в пределах календарного года в порядке возрастания номеров. Это означает, что нумерация в следующем году начинается заново с цифры «1». Если в течение года возникает необходимость завести новый журнал, то нумерация записей в нем будет начинаться с номера, следующего за последним номером в заполненном журнале.

Оставшиеся не заполненными в текущем календарном году страницы журналов регистрации прочеркиваются и не используются в следующем календарном году.

Все записи в журналах регистрации производятся лицом, ответственным за их ведение и хранение. Каждая запись заверяется подписью ответственного лица с указанием фамилии и инициалов. При проверках выявляется нарушение этой нормы.

Важно › С принятием постановления Правительства РФ от 16.12.2013 № 1159 изменилось требование к периодичности записей в журнале, которая в настоящее время устанавливается руководителем юридического лица, но должна быть не реже одного раза в течение дня совершения операций ■

Записи операций производятся на основании документов, подтверждающих их совершение. Эти документы или их копии, заверенные в установленном порядке, подшиваются в отдельную папку, которая хранится вместе с журналом.

В связи с этим, руководитель организации должен назначить ответственное лицо и установить порядок заверения копий документов (штамп или надпись от руки «копия верна» с обязательной подписью и ее расшифровкой).

Следует обратить внимание на порядок внесения исправлений в журнале регистрации, которые должны заверяться только подписью лица, ответственного за его ведение и хранение. Подчистки резинкой, лезвием, использование корректора и незаверенные исправления не допускаются, т. к. это считается подделкой документов.

Инвентаризация является одной из составляющих условий ведения предметно-количественного учета наркотических и психотропных лекарственных препаратов.

Важно › Учреждения здравоохранения обязаны ежемесячно проводить инвентаризацию наркотических и психотропных лекарственных препаратов путем сопоставления их фактического наличия с данными учета (книжными остатками) ■

Согласно письму Минздравсоцразвития России от 20.12.2006 № 6811-ВС инвентаризация проводится в соответствии с требованиями ст. 38

Федерального закона от 08.01.98 № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах», приказа Минфина России от 13.06.1995 № 49 «Об утверждении Методических указаний по инвентаризации имущества и финансовых обязательств», постановления Госкомстата России от 18.08.1998 № 88 «Об утверждении унифицированных форм первичной учетной документации по учету кассовых операций, по учету результатов инвентаризации» и приказа Минздрава СССР от 08.01.1988 № 14 «Об утверждении специализированных (внутриведомственных) форм первичного бухгалтерского учета для хозрасчетных аптечных учреждений».

Важно › Для оформления результатов инвентаризации могут быть использованы инвентаризационные описи, сличительные ведомости и акты результатов инвентаризации. Конкретная форма документа утверждается руководителем организации ■

В письме предлагается оформление описных инвентаризационных листов с выведением остатков наркотических и психотропных лекарственных средств в суммовом выражении, что вызывает сомнения в необходимости такой операции (т. к. в журнале регистрации должен быть указан только фактический остаток в натуральных единицах измерения).

Отметка о проведенной инвентаризации (дата инвентаризации, номер сличительной ведомости или инвентаризационной описи) проставляется в журнале регистрации ответственным лицом.

В практической деятельности в учреждениях здравоохранения могут встретиться расходные операции, связанные с истечением срока годности препарата, воздействием химических или физических факторов, в результате

которых препарат подлежит списанию на основании акта и передаче на уничтожение.

Важно ➤ В течение календарного года в процессе заполнения журналы регистрации хранятся в металлическом шкафу (сейфе) в технически укрепленном помещении. Заполненные журналы регистрации вместе с документами, подтверждающими осуществление операций, связанных с оборотом наркотических средств и психотропных веществ передаются в архив организации, где необходимо обеспечить их сохранность. Помещения хранения должны быть обеспечены сейфами. Срок хранения журналов составляет 10 лет ■

Для организации исполнения порядка регистрации операций, связанных с оборотом наркотических и психотропных ЛС, руководителю юридического лица необходимо оформить распорядительные документы и, в частности, издать следующие приказы:

- о назначении лиц, ответственных за ведение и хранение журналов регистрации;
- о периодичности проведения записей в журналах регистрации;
- о порядке нумерации операций, связанных с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, журналах регистрации;
- о проведении инвентаризации и назначении инвентаризационной комиссии;
- об утверждении форм документов, используемых для оформления результатов инвентаризации;
- о порядке заверения копий документов, которые служат основанием для записей в журналах регистрации.

Порядок ПКУ прекурсоров

Отдельную группу среди контролируемых веществ занимают прекурсоры нар-

котических средств и психотропных веществ.

В медицинской практике используется достаточно ограниченный ассортимент лекарственных препаратов, содержащих прекурсоры, предметно-количественный учет которых необходимо вести. Кроме того, стоит отметить, что прекурсоры могут использоваться и в качестве реактивов и растворителей в клинических лабораториях медицинских организаций и при контроле качества экстемпоральных лекарственных препаратов, изготовленных в аптеке.

Регистрация в специальных журналах любых операций с прекурсорами предусмотрена Федеральным законом от 08.01.1998 № 3-ФЗ.

Форма, правила ведения и хранения специальных журналов регистрации операций, при которых изменяется количество прекурсоров наркотических средств и психотропных веществ, утверждены постановлением Правительства РФ от 09.06.2010 № 419 (приложение 2).

Требования, которые предъявляются к ведению журналов регистрации прекурсоров, практически аналогичны требованиям, предъявляемым к журналам регистрации наркотических средств и психотропных веществ.

Основное отличие состоит в том, что записи производятся непосредственно после каждой операции (по каждому наименованию прекурсора) на основании документов, подтверждающих совершение операции. Исключение составляют случаи регистрации операций по отпуску, реализации, приобретению или использованию за месяц таких прекурсоров, как:

- диэтиловый эфир и перманганат калия в концентрации 45% или более, массой, не превышающей 10 кг;
- ацетон в концентрации 60% или более;
- метилэтилкетон в концентрации 80% или более;

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

(наименование юридического лица или фамилия, имя, отчество индивидуального предпринимателя)

**ЖУРНАЛ
регистрации операций, при которых изменяется количество прекурсоров наркотических средств
и психотропных веществ**

Прекурсор наркотического средства (психотропного вещества):

(наименование, единица измерения)

Месяц	Остаток на 1-е число	Номер операции приходу	Приход				Всего, приход с остатком	Номер операции расходу	Расход				Остаток на конец месяца	Фактический остаток			
			Дата	Наименование, номер и дата приходного документа	Количество	Ф. И. О., подпись ответственного лица			Всего	Дата расхода	Вид расхода	Наименование, номер и дата расходного документа, серия и номер документа, удостоверяющего личность физического лица			Количество	Фамилия, инициалы, подпись ответственного лица	Всего
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

(наименование аптечной организации, Ф. И. О. индивидуального предпринимателя, имеющих лицензии на фармацевтическую деятельность)

ЖУРНАЛ учета операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения

(наименование лекарственного средства для медицинского применения)

(дозировка, лекарственная форма, единица измерения)

Месяц	Остаток на 1-е число месяца	Приход		Всего за месяц по приходу с остатком	Виды расхода	Расход					Всего за месяц по всем видам расходов	Остаток по журналу учета на конец месяца	Фактический остаток на конец месяца	Подпись уполномоченного лица	
		Поставщик, № и дата документа	Количество			1	2	3	4	5 и т.д.					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Январь					По рецептам										
					По требованиям										
Февраль и т.д.					По рецептам										
					По требованиям										

- толуол в концентрации 70% или более;
- серная кислота в концентрации 45% или более;
- соляная кислота в концентрации 15% или более или уксусная кислота в концентрации 80% или более;
- метилакрилат и метилметакрилат в концентрации 15% или более массой, не превышающей 100 кг.

Для этих прекурсоров запись в журнале регистрации производится ежемесячно в виде суммарных количеств приобретенных, отпущенных, реализованных или использованных веществ. Документального подтверждения совершения каждой операции не требуется.

Согласно письму Минздравсоцразвития России от 20.12.2006 № 6811-ВС рекомендуется приобретение прекурсоров оформлять в день приема отметкой в приходной части журнала регистрации. В расходной части журнала рекомендуется отмечать общий расход за месяц на основании подтверждающих документов (чековая лента, лабораторно-фасовочный журнал, журнал проведения исследований и др.). Подшивать расходные документов в этом случае не требуется.

Важно ➤ Правилами ведения и хранения специальных журналов регистрации прекурсоров не установлено проведение ежемесячной инвентаризации. В то же время, обязанность ежемесячно проводить инвентаризацию прекурсоров предусмотрена в Федеральном законе от 08.01.1998 № 3-ФЗ для владельцев лицензий на виды деятельности, связанные с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров ■

Лицензированию подлежит деятельность, связанная только с прекурсорами Списка I и таблицы 1 Списка IV Перечня, утвержденного постановлением Прави-

тельства РФ от 30.06.1998 № 681. Лекарственных препаратов из числа таких прекурсоров в настоящее время нет.

Тем не менее форма журнала регистрации прекурсоров содержит графу «фактический остаток», для определения которого ежемесячно необходимо проводить снятие фактических остатков и их сверку с данными учета.

Порядок учета иных ЛС, подлежащих ПКУ

Для ведения предметно-количественного учета иных ЛС для медицинского применения Минздравом России утверждены:

1. Правила регистрации операций, связанных с обращением ЛС, которые включены в перечень лекарственных средств для медицинского применения, подлежащих предметно-количественному учету (приказ Минздрава России от 17.06.2013 № 378н);

2. Правила ведения и хранения специальных журналов учета операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения, подлежащих предметно-количественному учету (приказ Минздрава России от 17.06.2013 № 378н);

3. Форма специального журнала учета операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения для аптечных организаций и индивидуальных предпринимателей, имеющих лицензию на фармацевтическую деятельность (приказ Минздрава России от 17.06.2013 № 378н) (приложение 3).

4. Форма специального журнала учета операций, связанных с обращением лекарственных средств для медицинского применения для медицинских организаций и индивидуальных предпринимателей, имеющих лицензию на медицинскую деятельность (приказ МЗ РФ от 17.06.2013 № 378н) (приложение 4).

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

(наименование медицинской организации, Ф. И. О. индивидуального предпринимателя, имеющих лицензии на медицинскую деятельность)

**ЖУРНАЛ
учета операций, связанных с обращением лекарственных средств
для медицинского применения**

(наименование лекарственного средства для медицинского применения)

(дозировка, лекарственная форма, единица измерения)

Месяц	Остаток на 1-е число месяца	Приход		Всего за месяц по приходу с остатком	Расход			Всего, расход за месяц	Остаток по журналу учета на конец месяца	Фактический остаток на конец месяца	Подпись уполномоченного лица	
		От кого получено	№ и дата документа		Количество	Дата выдачи	№ медицинского документа (Ф. И. О. больного)					Количество
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Январь												
Февраль и т. д.												

В ДЕЙСТВУЮЩИХ НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫХ АКТАХ ОТСУТСТВУЕТ ЧЕТКОЕ УКАЗАНИЕ НА НЕОБХОДИМОСТЬ ВЕДЕНИЯ ОТДЕЛЬНЫХ ЖУРНАЛОВ УЧЕТА В КАЖДОМ ОТДЕЛЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ. ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ УЧЕТА ЛС, ПОДЛЕЖАЩИХ ПКУ, РУКОВОДИТЕЛЬ ИМЕЕТ ПРАВО ОПРЕДЕЛИТЬ САМОСТОЯТЕЛЬНО, ИЗДАВ СООТВЕТСТВУЮЩИЙ ПРИКАЗ.

Журналы учета оформляются на календарный год. В правилах четко прописано, что регистрация операций, связанных с обращением ЛС, ведется по каждому торговому наименованию лекарственного средства (для каждой отдельной дозировки и лекарственной формы) на отдельном развернутом листе журнала учета или в отдельном журнале.

Особенностью ведения журналов учета является то, что их можно вести как на бумажном носителе так и в электронном виде.

Журналы учета, заполняемые на бумажном носителе, сброшюровываются, пронумеровываются и скрепляются подписью руководителя и печатью юридического лица перед началом их ведения, а заполняемые в электронной форме – по истечении календарного года.

Важно ➤ Журнал учета, заполняемый в электронной форме, должен ежемесячно распечатываться, нумероваться, подписываться ответственным лицом и брошюроваться по наименованиям ЛС, дозировке, лекарственной форме ■

Приказом руководителя назначаются ответственные лица за ведение и хранение журналов учета. Записи производятся в конце рабочего дня на основании документов, подтверждающих совершение приходных и расходных операций.

Поступление ЛС отражается в журнале учета по каждому приходному документу в отдельности с указанием номера и даты.

Для аптечных организаций и индивидуальных предпринимателей, имеющих лицензию на фармацевтическую деятельность, расход лекарственного средства записывается отдельно по двум видам документов: по рецептам, выписанным медицинским работником, и требованиям медицинских организаций. Для этого в журнале учета выделены две строки.

Важно ➤ Приходные и расходные документы (их копии) подшиваются в порядке их поступления по датам и хранятся вместе с журналом учета ■

На практике встречаются и другие расходные операции, а в качестве подтверждающих документов могут применяться первичные документы бухгалтерского учета, такие как акт или накладная на возврат поставщику, акт списания и так далее. В этом случае отразить в журнале этот расход не представляется возможным, т. к. отсутствуют соответствующие графы.

При этом в конце каждого месяца ответственное лицо должно проводить сверку фактического наличия ЛС с их остатком по журналу и вносить соответствующие записи в журнал учета. По мнению авторов статьи, иные подтверждающие расход документы также необходимо хранить вместе с журналом для корректировки книжного остатка.

Для медицинских организаций и индивидуальных предпринимателей, имеющих лицензию на медицинскую деятельность, в расходной части журнала учета должен указываться номер медицинского документа, по которому лекарственный препарат отпускается в соответствующее подразделение (например, номер требования, по которому старшая медицинская

сестра отделения отпускает лекарственные средства (процедурной сестре) или Ф. И. О. больного, которому назначен лекарственный препарат.

Исправления в журнале учета должны заверяться подписью лица, ответственного за ведение и хранение журнала учета. Подчистки и незаверенные исправления в журналах учета не допускаются.

Журнал учета хранится в металлическом шкафу (сейфе), ключи от которого находятся у лица, уполномоченного на ведение и хранение журнала учета. По истечении календарного года заполненные журналы учета хранятся в архиве юридического лица.

Приказом Минздрава России от 17.06.2013 № 378н не установлены сроки хранения специальных журналов учета операций, связанных с обращением ЛС, подлежащих ПКУ.

Можно отметить, что в аптечных организациях рецепты и требования, по которым отпущены ЛС, подлежащие ПКУ, хранятся три года.

В заключение необходимо отметить, что нарушение правил ПКУ признается грубым нарушением лицензионных требований и влечет наложение административного штрафа согласно Кодексу РФ об административных правонарушениях.

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

Стратегии позиционирования частных ЛПУ на рынке медицинских услуг

Ключевые слова

частная медицина, имиджевое позиционирование ЛПУ, маркетинговая стратегия

Е.А. Тарасенко,
канд. соц. наук,
доц., зам. заведующего кафедрой
управления
и экономики
здравоохранения

НИУ «Высшая школа
экономики»



Написать автору
WWW.ZDRAV.RU

ПОСТЕПЕННО ЧАСТНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ СТАНОВЯТСЯ НОРМОЙ ЖИЗНИ ДЛЯ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ СРЕДНЕГО КЛАССА. ЧАСТНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ КЛИНИКИ ПО ДОСТОИНСТВУ ОЦЕНИВАЮТСЯ ЗА ЦЕНОВУЮ ГИБКОСТЬ, БЫСТРОЕ ВНЕДРЕНИЕ И ОСВОЕНИЕ НОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ, ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ СЕРВИСНОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, НАЛИЧИЕ РАЗЛИЧНЫХ ПРОГРАММ ОБСЛУЖИВАНИЯ ДЛЯ УДОБСТВА ПАЦИЕНТОВ, ВКЛЮЧАЯ ПРОГРАММЫ КОМПЛЕКСНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ.

К выбору частной медицинской клиники пациенты обычно подходят очень тщательно. Чаще всего выбор осуществляется в два этапа: сначала проводятся поиск и аккумуляция информации (при этом информация часто собирается из разных по уровню достоверности источников, например: статьи и реклама в СМИ, отзывы коллег и родных). Затем пациент на основе тех или иных формальных характеристик ЛПУ и собственного субъективного мнения сегментирует все ЛПУ по значимым для него критериям и принимает окончательное решение в пользу того или иного медицинского учреждения.

Поскольку основным источником дохода частных медицинских организаций выступают прямые платежи пациентов (по данным исследования ВШЭ¹ их доля составляет 86% доходов), как следствие, в настоящее время на рынке частных медицинских услуг наблюдается усиление конкуренции между медицинскими клиниками за пациента.

В связи с этим перед топ-менеджментом частных медицинских клиник встает задача более активного формирования и продвижения позитивного имиджа своих учреждений среди пациентов и более четкой отстройки от конкурентов. Однако основная проблема при этом – недостаток информации, каким образом это можно осуществить, какими для этой задачи маркетинговыми стратегиями и технологиями можно воспользоваться.

¹ Шишкин С.В., Селезнева Е.В., Поталчик Е.Г. Частный сектор здравоохранения в России: состояние и перспективы развития // Вопросы экономики. 2013. № 4. С. 94–112.

НИ ДЛЯ КОГО НЕ СЕКРЕТ, ЧТО СЕГОДНЯ В ГОСУДАРСТВЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ПЛАТНЫЕ УСЛУГИ ЯВЛЯЮТСЯ ДОВЕСКОМ. И ЦЕНЫ НА ЭТИ УСЛУГИ ЗАЧАСТУЮ НИЖЕ, ЧЕМ В ЧАСТНЫХ КЛИНИКАХ. ДЛЯ СОЗДАНИЯ НОРМАЛЬНОЙ КОНКУРЕНЦИИ НЕОБХОДИМО ПЕРЕВЕСТИ ЭТИ УСЛУГИ В ОДНО ЭКОНОМИЧЕСКОЕ ПОЛЕ.

А.В. Солонин, председатель Ассоциации частных клиник г. Санкт-Петербурга

Маркетинговая стратегия конкурентного имиджевого позиционирования ЛПУ – это план, в соответствии с которым медицинское учреждение концентрируется на клинической и сервисной составляющих медицинской услуги, которые не могут легко быть продублированы конкурентами. Положительный корпоративный имидж прокладывает дорогу позитивной деловой репутации и способствует усилению продаж медицинских услуг. Таким образом, позитивный имидж – это актив и источник конкурентного преимущества компании. Он символизирует как саму компанию, так и качество ее медицинских услуг на рынке частной медицины.

Важно ➤ Положительный корпоративный имидж медицинской клиники создается под воздействием регулярной маркетинговой поддержки с использованием стратегии конкурентного позиционирования ■

Необходимо уточнить, что конкурентное позиционирование – это центральное понятие из теории и практики маркетинга. Конкурентным позиционированием называется процесс поиска и нахождения такой рыночной позиции или ниши для медицинской клиники и предлагаемых ею медицинских услуг, которые будут выгодно отличать их от положения конкурентов, а также четко осознаваться целевой аудиторией. Важно то, что конкурентное позиционирование осуществляется с учетом особенностей стиля жизни и желаний конкретной целевой группы пациентов, для которой специально создаются уникальные продукты, обладающие рядом конкурентных преимуществ.

В качестве примера удачного конкурентного позиционирования для определенной целевой аудитории – родителей маленьких детей можно привести «Домашнюю программу здоровья» для детей медицинской клиники «МЕДСИ» (Москва):

Оценка рисков



НЕДОСТАТОЧНО ЧЕТКОЕ ПОЗИЦИОНИРОВАНИЕ, КОГДА БРЕНД МЕДИЦИНСКОЙ КЛИНИКИ ВОСПРИНИМАЕТСЯ КАК ОДИН ИЗ МНОГИХ, НЕ ВЫЗЫВАЯ СТОЙКИХ АССОЦИАЦИЙ



СВЕРХПОЗИЦИОНИРОВАНИЕ: ПАЦИЕНТЫ ИМЕЮТ СЛИШКОМ УЗКОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О БРЕНДЕ МЕДИЦИНСКОЙ КЛИНИКИ И ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ ЕЮ УСЛУГАХ



РАСПЛЫВЧАТОЕ И НЕКОРРЕКТНОЕ ПОЗИЦИОНИРОВАНИЕ: СЛИШКОМ ШИРОКАЯ ЛИНЕЙКА / НЕОПРАВДААННАЯ УНИВЕРСАЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

«Если вам неудобно водить малыша на прием к врачу, выберите комфортный, а главное, качественный вариант ухода за здоровьем крохи – программу “Домашняя”...»

В “домашние” услуги входят осмотры педиатра, лора, офтальмолога, хирурга, невропатолога; забор клинических анализов; курс массажа. Прием врача на дому значительно экономит время и нервы. А в период сезонных эпидемий больше не надо будет переживать из-за вероятности подхватить что-то в поликлинике».

Удачная коммуникационная форма позиционирования медицинской клиники отражает три аспекта:

- целевой рынок;
- отличительная особенность;
- уникальная выгода (уникальное торговое предложение).

Она должна отвечать на следующие вопросы:

1) Для кого предназначена наша медицинская клиника и медицинские услуги/программы? Кто наш потенциальный пациент?

2) Что именно, какие именно медицинские услуги мы продаем? Какого они качества? Какие технологии у нас есть в клинике? Чем они уникальны и/или отличаются от конкурентов?

Например, в «Университетской клинике головной боли» (Москва) из специальной медицинской техники имеется ЭЭГ-видеомониторинг, а также аппарат биологической обратной связи, в некоторых случаях помогающий избавиться от головной боли.

3) Доктора каких специализаций трудятся в нашей клинике? Каковы их профессиональные достижения и репутация?

Например, на сайте медицинского центра «МедОК» (г. Красногорск, Московская область) указано, что у них работает специалист Государственного медицинского центра «Вольфсон» (Израиль), сер-

тифицированный врач-психоневролог, действительный член общества неврологов¹. В данной клинике работают опытные профессионалы, которые были приглашены из ведущих университетских клиник г. Москвы, включая Клинику акушерства и гинекологии им. Снегирева. Таким образом, данное медицинское учреждение продвигает свой бренд за счет информации о высоком уровне мастерства своего медицинского персонала. Данная стратегия строится на предположении, ранее неоднократно подтвержденном в маркетинговых исследованиях, что пациент часто сначала выбирает врача, а затем медицинское учреждение.

4) Сколько стоят наши медицинские услуги? Насколько принципиальны будут для наших потенциальных пациентов расположение, внутренний интерьер нашей клиники?

5) Почему потенциальный покупатель должен покупать медицинские услуги у нас, а не у конкурентов?

Так, например, клиника неврозов следующим образом может позиционировать себя: команда специалистов разных направлений, используя системный подход и принципы доказательной медицины, оказывает высококачественную медицинскую и психотерапевтическую помощь в первой частной специализированной клинике в России.

Важно ➤ Прежде чем начинать планомерное позиционирование частной медицинской клиники, необходимо сегментировать рынок частных медицинских услуг и определить емкость на основе данных о численности обслуживаемых и потенциальных пациентов и размере их среднедушевого дохода, а также данных об уровне расходов на частные медицинские услуги, готовности приобретать те или иные медицинские услуги для поддержания здо-

¹ Источник <http://www.medok-med.ru/vrachii.php>.

рочья, диагностики и лечения острых и хронических заболеваний. Без этой процедуры может сложиться ситуация, когда предлагаемые услуги не будут полностью востребованы потребителями ■

В качестве примера можно привести тот факт, что в г. Нижний Новгород в 2013 г. более 10 частных клиник репродуктивной медицины предоставляли услуги суррогатного материнства, при этом, по словам эксперта, *«в клинику раз в неделю звонят потенциальные родители, которые нуждаются в услуге суррогатной матери, и при этом раздается от 5 до 10 звонков от потенциальных суррогатных матерей»*. Сегментировать рынок частных медицинских услуг можно по следующим основаниям:

- по полу и возрасту (мужчины, женщины, подростки, дети, пожилые люди);
- по уровню дохода и стилю жизни;
- по видам обеспечения медицинской помощью (амбулаторно-поликлиническая, госпитальная, родовспоможение, стоматологическая);
- по декретированным группам (здоровые, больные, работающие в условиях, связанных с профессиональными вредностями, студенты и т. п.);
- по нозологическим группам;
- по медико-диагностическим группам;
- по группам равного медицинского стандарта;
- по видам медицинских услуг.

Частная медицинская клиника должна быть заинтересована в вычленении тех сегментов рынка, которые окажутся для нее наиболее привлекательными и совместимыми с ее целями, возможностями и ресурсами. Необходимо помнить, что при одинаковых медицинских нуждах пациента разными могут быть его финансовые ресурсы, привычки и уровень санитарной культуры, уровень поддержки родственниками, покупательское отношение, потребности и географическое

положение. Любая из этих переменных – основа для дальнейшего сегментирования рынка и разработки концепции позиционирования.

Сама стратегия определения конкурентного позиционирования состоит из шести этапов:

1. Маркетинговый аудит, целью которого является определение существующей позиции, которую в действительности занимают данная медицинская клиника и ее услуги в сознании реальных и потенциальных пациентов.

2. Определение конкурентов – медицинских клиник – субституттов, которые оказывают подобные медицинские услуги в том же ценовом интервале и ассортиментной линейке.

3. Выяснение, почему и на каком основании текущие пациенты осуществили свой выбор в пользу данного медицинского учреждения. Главным на этом этапе является установление наиболее важных выгод для покупателей медицинских услуг. Эта информация аккумулируется более эффективно с использованием проективных методик в процессе проведения качественных маркетинговых, например, фокус-групп или глубинных интервью.

4. Определение позиций конкурирующих медицинских клиник по важнейшим атрибутам предлагаемых услуг, сегментирование рынка частных медицинских услуг и выяснение, каким образом потребители-пациенты оценивают различные сегменты по различным параметрам. На данном этапе также происходит вычленение точек паритета и точек дифференциации каждого сегмента. Точки паритета позволяют потенциальному потребителю мгновенно понять, какую категорию продуктов/услуг он видит перед собой. Как правило, точки паритета определяют тип услуги и считаются признаками ее надежности. Они необходимы, однако недостаточны при выборе медицинской клиники.

В случае с примером программы клиники «МЕДСИ» (Москва) точкой паритета будет осознание того, что эти медицинские услуги, включая диагностику и сопровождение/консультирование, предназначены для детей.

Точки дифференциации помогают потребителю отстроить предлагаемые услуги от конкурентов за счет предлагаемой дополнительной ценности, которая может быть как клинической, так и сервисной составляющей. В нашем примере такой точкой дифференциации будет тот факт, что все консультации специалистов и забор анализов можно осуществить дома, не привозя ребенка в поликлинику, что резко снизит риск вирусного заражения в период зимних простудных эпидемий.

1. Определение нереализованных потребностей потенциальных потребителей медицинских услуг – их представления об идеальной медицинской клинике и идеальной медицинской услуге. На этом фундаменте будут потом строиться точки дифференциации при репозиционировании медицинской клиники. И, как следствие, будет происходить привлечение новых потребителей, которые на данный момент покупают медицинские услуги в клиниках-конкурентах.

2. Брейнсторминг / мозговой штурм – разработка экспертами нескольких концепций конкурентного позиционирования медицинской клиники, при этом каждая концепция перспективного конкурентного позиционирования должна тестироваться с точки зрения спонтанного восприятия имиджа потребителями, общей привлекательности: основных достоинств и недостатков, убедительности, основной идеи, оригинальности и новизны, релевантности категории, бренду и установкам потребителей, мотивационного потенциала и возможных усовершенствований. В процессе брейнсторминга осуществляется сравнение

предложенных вариантов и происходит выбор наиболее привлекательной концепции позиционирования для дальнейшей разработки.

Важно ➤ Стратегическая цель позиционирования бренда медицинской клиники и ее услуг в том, чтобы стратегии сегментации и выбор целевого сегмента, а также позиционирование медицинской клиники подходили друг другу – бренд учреждения должен быть позиционирован для максимально эффективного привлечения выбранного целевого сегмента пациентов ■

Можно выделить следующие стратегии позиционирования частных медицинских клиник и коммуникативные формы выражения выбранной стратегии позиционирования:

1) *акцент на характеристиках медицинской услуги или выгодах потребителя.* Например, на сайте Центра психотерапии под рук. проф. Малыгина (Москва) следующим образом сформулированы выгоды для потенциальных пациентов: «В большинстве случаев продолжительность лечения составляет от 3 до 7 сеансов. В подавляющем большинстве случаев нам удастся добиться улучшения уже после 1-го приема. Прогнозировать продолжительность лечения врач может уже на 1-м приеме. Мы прилагаем максимум усилий для минимизации побочных эффектов препаратов. В подавляющем большинстве случаев побочные эффекты либо отсутствуют, либо присутствуют только в первые дни лечения и выражены слабо»;

2) *стратегия позиционирования медицинской клиники, при которой акцент делается на адекватном соотношении «цена – качество»* медицинских услуг: потенциальному пациенту говорится о низкой цене при высоком качестве медицинской услуги. В качестве

примера можно привести коммуникационное оформление позиционирования стоматологической клиники «ВСЕ СВОИ» (Москва): *«Попробуй экономию на зуб! Стоматология “Все Свои” в Москве – стоматологическая клиника с низкими ценами на лечение зубов, современным оборудованием, опытным персоналом и удобным расположением. Мы сохраняем здоровье зубов без боли и кардинальных мер!»;*

3) стратегия позиционирования медицинской клиники «применения в особых ситуациях», при котором способ позиционирования медицинской клиники состоит в том, чтобы в голове потенциального потребителя возникли четкие ассоциации: именно в эту клинику необходимо обращаться при определенных медицинских проблемах. Пример такого варианта позиционирования – это позиционирование Центра красоты и коррекции веса Вереры Шариповой (Москва): *«Основным направлением нашего центра является естественное снижение веса и коррекция фигуры, и самое главное, нормализация обменных процессов. Без боли и кардинальных мер!»;*

4) стратегия позиционирования «медицинская услуга для определенных потребителей-пациентов», при котором медицинская клиника и ее услуги ассоциируются с определенным классом потребителей. В этом случае важно, чтобы потребитель идентифицировал медицинскую клинику как статусное место, лечение в которой поднимает собственную самооценку, позволяет соотносить себя с определенной статусной группой. Весьма интересным примером использования такого подхода является позиционирование Частной детской поликлиники Литфонда (Москва) как клиники с советскими традициями, оказывающей медицинские услуги *«творческой элите»*: *«Наша клиника была создана в сотрудничестве с одной из старейших по-*

ликlinik Москвы – Центральной поликлиники Литфонда, которая в советские времена оказывала медицинские услуги для творческой элиты»;

5) позиционирование медицинской клиники по определенному направлению в медицине, по конкретной медицинской услуге как достойной альтернативы других способов лечения. Например, Клиника восстановительной медицины и гирудотерапии (Москва) позиционирует себя как учреждение, придерживающееся натуропатического направления в медицине: *«Лечение пиявками – это естественный механизм, который предусмотрен самой природой. Он настолько эффективен, что полностью заменяет собой остальные виды лечения»;*

б) подход «культурный символ» при позиционировании медицинской клиники, когда используются значимые культурные символы для установления различий между брендом своего учреждения и брендом конкурентов. Основная цель при таком позиционировании – определение значимых для пациентов характеристик услуги и связь бренда с этими культурными символами и характеристиками. Например, Медицинский центр «Наследники» (Москва) следующим образом с помощью таких культурных символов, как «экологически чистый район», «дизайнерские интерьеры», и уникального торгового предложения – защита и контроль самими пациентами информации о своем лечении в центре осуществляет отстройку от конкурентов: *«...в экологически чистом районе Москвы, в престижном жилом комплексе “Шуваловский”, под руководством профессора Татьяны Гурской открылся медицинский центр “Наследники”... Интерьеры центра, созданные известным декоратором Альбиной Назимовой, проникнуты атмосферой уюта, комфорта и стабильности. По Вашему желанию все консультации, результаты лабораторной*

УСПЕШНОЕ ПОДДЕРЖАНИЕ ВЫБРАННОЙ СТРАТЕГИИ КОНКУРЕНТНОГО ПОЗИЦИОНИРОВАНИЯ ТРЕБУЕТ ОТ РУКОВОДСТВА МЕДИЦИНСКИХ КЛИНИК ПОСТОЯННЫХ УСИЛИЙ И ИННОВАЦИЙ ДЛЯ ПОДДЕРЖАНИЯ ЗАЯВЛЕННОГО КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И ПОДДЕРЖАНИЯ СФОРМИРОВАВШЕГОСЯ У ПАЦИЕНТОВ ИМИДЖА УЧРЕЖДЕНИЯ.

и инструментальной диагностики, врачебные назначения и рекомендации могут быть записаны на персональный флеш-накопитель, а доступ к содержащейся на нем информации защищен многоступенчатой системой и доступен только Вам».

Другой пример – это позиционирование Международной клиники MEDEM (Москва) как клиники, предоставляющей медицинские услуги высочайшего качества на уровне лучших европейских центров: «первая российская медицинская клиника, которая получила награду “Европейское качество”, учрежденную Европейской ассамблеей бизнеса в рамках Международной программы «Лидеры XXI столетия». Также в 2006 г. MEDEM завоевала приз International Star Award на Конвенции WQC (World Quality Commitment) в Париже.

Подводя итоги, перечислим наиболее частые ошибки, возникающие при составлении маркетинговых стратегий конкурентного позиционирования частных медицинских клиник.

1. Недостаточно четкое позиционирование. Данная ситуация возникает в случае, если потенциальные пациенты

не имеют четкого представления о достоинствах и преимуществах медицинской клиники, которые выделяли бы ее среди конкурентов. Бренд медицинской клиники воспринимается ими как один из многих, не вызывает стойких ассоциаций. Это может быть вызвано как низким качеством медицинских услуг, так и недостаточным количеством рекламных обращений и/или расфокусировкой рекламы относительно целевой аудитории, неправильным выбором рекламных носителей.

2. Сверхпозиционирование, когда пациенты имеют слишком узкое представление о бренде медицинской клиники и предоставляемых ею услугах. Например, когда медицинская клиника ассоциируется в глазах потребителей исключительно с дороговизной и престижностью.

3. Расплывчатое позиционирование медицинской клиники, когда учреждение делает слишком много самых различных заявлений о бренде и предлагает слишком широкую линейку медицинских услуг. Потребитель не может уловить, в чем заключается уникальное торговое предложение медицинской клиники.

4. Некорректное позиционирование медицинской клиники. Иногда медицинские учреждения в целях рекламы делают некорректные заявления, в которые пациенты верят с трудом. Например, о том, что определенный метод лечения может излечить практически все болезни и/или не имеет противопоказаний. Неоправданные ожидания в этом случае вызывают прямо противоположную ответную реакцию со стороны пациентов.


Ваша экспертная поддержка в удобном формате

 <p>36 000 руб. Тариф «Базовый» год</p>	<p>Электронная система «Экономика ЛПУ»</p> <p>Практические рекомендации для экономистов ЛПУ</p>	 <p>18 720 руб. Тариф «Базовый» год</p>	<p>Электронная система «Контроль в ЛПУ: ответственность главной медицинской сестры»</p> <p>Экспертные разъяснения для главной медицинской сестры</p>
---	---	---	--



11 946 руб.
~~12 210 руб.~~

Журнал «Здравоохранение»
и журнал «Управление
качеством
в здравоохранении»



1320 руб.

Журнал «Управление
качеством
в здравоохранении»



3036 руб.
~~3696 руб.~~

Журнал «Экономика ЛПУ
в вопросах и ответах»



8184 руб.
~~8316 руб.~~

Журнал «Правовые вопросы
в здравоохранении»



6402 руб.
~~7062 руб.~~

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



9174 руб.
~~10 098 руб.~~

Журнал «Главная
медицинская сестра»



3894 руб.
~~4818 руб.~~

Журнал «Справочник
фельдшера и акушерки»



5742 руб.
~~6336 руб.~~

Журнал «Справочник
заведующего КДЛ»



12 540 руб.

Журнал «Новая Аптека»

Указаны специальные цены на годовую подписку. Предложение действует до 30 сентября 2014 г.

Реклама

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

Стандарты медицинской помощи – старое значение в новых условиях

Ключевые слова

обязанности медицинской организации, порядки оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи

О.Ю. Александрова,
д-р мед. наук, проф.
кафедры основ
законодательства
в здравоохранении
ГБОУ ВПО
Первый МГМУ
им. И.М. Сеченова

А.В. Иванов,
ст. науч. сотрудник
ЦНИИОИЗ Минздрава
России

О.А. Нагибин,
канд. мед. наук,
гл. врач ГБУЗ
Городская поликлиника
№ 2 г. Рязани



Написать автору
WWW.ZDRAV.RU

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН ОТ 21.11.2011 № 323-ФЗ¹ (ДАЛЕЕ – ЗАКОН № 323-ФЗ) ВВЕЛ В ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО ПОНЯТИЯ «СТАНДАРТ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ», «ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ» И «КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛЫ ЛЕЧЕНИЯ)».

СОГЛАСНО СТ. 37 ЗАКОНА № 323-ФЗ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ОРГАНИЗУЕТСЯ И ОКАЗЫВАЕТСЯ В СООТВЕТСТВИИ С ПОРЯДКАМИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОБЯЗАТЕЛЬНЫМИ ДЛЯ ИСПОЛНЕНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ РФ ВСЕМИ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ (ДАЛЕЕ ПОРЯДКИ), А ТАКЖЕ НА ОСНОВЕ СТАНДАРТОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (ДАЛЕЕ – СТАНДАРТЫ). В ЭТОЙ ЖЕ СТАТЬЕ ОПРЕДЕЛЕНА СТРУКТУРА ПОРЯДКОВ И СТАНДАРТОВ И УСТАНОВЛЕНО, ЧТО ОНИ УТВЕРЖДАЮТСЯ УПОЛНОМОЧЕННЫМ ФЕДЕРАЛЬНЫМ ОРГАНОМ ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ ВЛАСТИ.

ОБЯЗАТЕЛЬНОСТЬ ВЫПОЛНЕНИЯ СТАНДАРТОВ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ И МЕДРАБОТНИКАМИ ТОЛКУЕТСЯ ПО-РАЗНОМУ И ОСТАЕТСЯ ПРЕДМЕТОМ ДИСКУССИИ.

Действовавшая до 01.01.2014 формулировка ст. 79 Закона № 323-ФЗ подразумевала обязательность исполнения и Порядков, и Стандартов: «медицинская организация обязана... осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами РФ, в том числе порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи». Однако Федеральным законом от 25.11.2013 № 317-ФЗ формулировка ст. 79 Закона № 323-ФЗ была изменена: «...медицинская организация обязана... осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами РФ, в том числе порядками оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи».

Подобные новации были внесены в ст. 88 Закона № 323-ФЗ: до 01.01.2014 государственный и ведомственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществлял-

¹ Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

ФЕДЕРАЛЬНАЯ ПРОГРАММА ГОСГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СФОРМИРОВАНА БЕЗ УЧЕТА СТАНДАРТОВ МЕДПОМОЩИ И ИХ СТОИМОСТИ...

А.В. Филипенко, аудитор Счетной палаты РФ

ся путем проведения «проверок соблюдения медицинскими организациями порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи», а после 01.01.2014 – «проверок применения» Порядков и Стандартов.

Из определения термина «аккредитация специалиста» было исключено требование о соответствии «медицинской деятельности по определенной медицинской специальности либо фармацевтической деятельности» Порядкам и Стандартам, которое содержалось в предыдущей редакции ст. 69 Закона № 323-ФЗ.

Изменились и ст. 80 Закона № 323-ФЗ: если раньше при оказании первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара и в неотложной форме, специализированной медицинской помощи (в том числе высокотехнологичной), скорой медицинской помощи (в том числе скорой специализирован-

ной), паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях осуществлялось обеспечение граждан медицинскими изделиями, которые предусмотрены Стандартами, то с 01.01.2014 – «включенными в утвержденный Правительством РФ перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека».

Важно ➤ С 01.01.2014 в отраслевом законодательстве идеология обязательного соблюдения Стандартов сменилась на идеологию их необязательного применения ■

Вместе с тем в нормативных правовых актах, регулирующих медицинскую деятельность, Стандарты упоминаются как в целях регулирования организации и финансирования медицинской помощи, так и в целях контроля деятельности медицинских организаций.

Оценка рисков



НЕСМОТЯ НА НЕОБЯЗАТЕЛЬНОСТЬ СТАНДАРТОВ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ЗАКОНА № 323-ФЗ, НОРМАТИВНЫЕ ПРАВОВЫЕ АКТЫ ОТВОДЯТ ИМ РОЛЬ ДОКУМЕНТА, РЕГУЛИРУЮЩЕГО ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ И ФИНАНСИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ



ПЛАНИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОГРАММЕ ГОСГАРАНТИЙ ОПИРАЕТСЯ НА ИНЫЕ ЕДИНИЦЫ ОБЪЕМА, ЧЕМ ЗАКОНЧЕННЫЙ СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ ПО СТАНДАРТУ



В СЛУЧАЕ ПРИЧИНЕНИЯ ВРЕДА ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЮ ПАЦИЕНТА ВЫПОЛНЕНИЕ СТАНДАРТА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОПРАВДАНИЕМ ПРИ СУДЕБНОМ РАЗБИРАТЕЛЬСТВЕ

Так, в ст. 37 Закон № 323-ФЗ сказано: «назначение и применение лекарственных препаратов, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи, допускаются в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии».

В ч. 7 ст. 80 Закона № 323-ФЗ указывается, что программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее ПГГ) «формируется с учетом порядков оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи, а также с учетом особенностей половозрастного состава населения, уровня и структуры заболеваемости населения РФ, основанных на данных медицинской статистики». Согласно ст. 81 Закона № 323-ФЗ при формировании территориальной ПГГ учитываются и Порядки, и Стандарты.

В ПГГ на 2014–2016 гг.¹ также сказано, что она формируется «с учетом порядков оказания медицинской помощи и на основе стандартов», а территориальная программа в части определения порядка и условий оказания медицинской помощи должна включать «порядок обеспечения граждан лекарственными препаратами, медицинскими изделиями, донорской кровью и ее компонентами, лечебным питанием, в том числе специализированными продуктами лечебного питания, по медицинским показаниям в соответствии со стандартами медицинской помощи с учетом видов, условий и форм оказания медицинской помощи».

В соответствии со ст. 64 Закона № 323-ФЗ критерии оценки качества медицинской помощи формируются на основе «соответствующих порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицин-

ской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения)». Отметим, что клинические рекомендации (протоколы лечения) разрабатывают и утверждают медицинские профессиональные некоммерческие организации (ст. 76 Закона № 323-ФЗ).

В Положении о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности² сохранена формулировка о проверках не применения, а именно «соблюдения осуществляющими медицинскую деятельность организациями и индивидуальными предпринимателями порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи», говорится об оценке «обоснованности назначения медицинских услуг, имеющих усредненную частоту предоставления менее 1, а также полноты выполнения медицинских услуг с усредненной частотой предоставления 1».

В приказе Минздрава России от 20.12.2012 № 1175н устанавливается, что «назначение и выписывание лекарственных препаратов, не входящих в стандарты медицинской помощи, по торговым наименованиям» осуществляется по решению врачебной комиссии.

Приказ Федерального фонда ОМС от 01.12.2010 № 230 относит к основаниям для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты):

- «приобретение пациентом лекарственных средств и изделий медицинского назначения в период пребывания в стационаре по назначению врача, включенных в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, Формуляр лечения стационарного больного, согласованного и утвержденного в установленном порядке, на основании стандартов медицинской помощи»;

¹ Утверждена постановлением Правительства от 18.10.2013 № 932.

² Утверждено постановлением Правительства РФ от 12.11.2012 № 1152.

- «невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и (или) стандартами медицинской помощи»;
- «выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных стандартами медицинской помощи мероприятий»;
- «увеличение количества медицинских услуг, посещений, койко-дней, не связанное с проведением диагностических, лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в рамках стандартов медицинской помощи».

Важно › Несмотря на то что с точки зрения Закона № 323-ФЗ Стандарты не являются обязательными для исполнения, в отраслевых нормативно-правовых актах понятие «стандарт» продолжает использоваться в значении «документ, регулирующий различные аспекты организации и финансирования медицинской помощи» ■

Возникает необходимость вновь вернуться к рассмотрению вопроса о сущности стандартизации в здравоохранении.

Идея введения в законодательство требования об обязательности исполнения Стандартов (в период принятия Закона № 323-ФЗ в 2011 г.) связана с тем, что на основе Стандартов (то есть по объемам медицинской помощи, предусмотренным Стандартом) предполагалось формировать ПГГ. Способом оплаты медицинской помощи должен был стать законченный случай лечения.

Однако на такие принципы формирования ПГГ и оплаты медицинской помощи полностью так и не решились.

Сегодня медицинская помощь планируется по нормативам объемов, выраженных:

- для скорой медицинской помощи вне медицинской организации – в вызовах;
- для амбулаторной медицинской помощи – в посещениях и обращениях;
- для медицинской помощи в условиях дневных стационаров – в пациентоднях;
- для стационарной медицинской помощи – до 2013 г. в койко-днях, в 2014 г. – в случаях госпитализации.

Важно › Планирование финансовых показателей ПГГ осуществляется на основе нормативов финансовых затрат на указанные единицы объема медицинской помощи ■

Отметим, что одной из важных тенденций является увеличение норматива финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи в условиях дневного стационара, что стимулирует оказание такой помощи. Это увеличивает возможность предоставлять пациенту в условиях дневного стационара поликлиники лекарственные препараты из Перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (далее – Перечень ЖНВЛП). Кроме того, это предполагает возможность лечения в дневных стационарах поликлиник больных с достаточной тяжестью (например, онкологическими) заболеваниями – в ситуациях, когда не требуется круглосуточное лечение и медицинское наблюдение за пациентом.

Однако подобное планирование стимулирует наращивание объемов медицинской помощи (без учета конечного результата) и не позволяет конкретизировать государственные гарантии объема бесплатного предоставления медицинской помощи.

Введение стандартизации в здравоохранение предполагало решить проблему конкретизации государственных гарантий – по включенным в Стандарт медицинским услугам и лекарственным препаратам. Но эта проблема не может быть решена, если государственные гарантии будут устанавливаться в нормативах объема медицинской помощи, выраженных в используемых сегодня единицах услуг.

Оплата государством оказанной медицинской помощи должна происходить на основе тех же Стандартов (по законченному случаю лечения в объеме Стандарта). Тогда объем Стандарта сможет служить основой для разграничения бесплатного и платного оказания медицинской помощи. И медицинской организации (участвующей в реализации ПГГ), и пациенту понятно, какой объем помощи должен предоставляться безвозмездно: оказанную медицинскую помощь можно сопоставить со Стандартом. Это же могут сделать любые проверяющие органы инстанции – как финансовые, так и контролирующие соблюдение прав граждан на бесплатную медицинскую помощь.

Итак, медицинская помощь оказывается пациенту бесплатно в рамках утвержденного в рамках ПГГ Стандарта медицинской помощи.

Медицинская помощь за пределами стандарта (например, в целях более высокой эффективности лечения) может оказываться на платной для пациента основе. Назначения лечебно-диагностических мероприятий, не входящих в Стандарт, должны быть обоснованы в медицинской документации.

В целях реализации права пациента на бесплатную медицинскую помощь для проведения лечебно-диагностических мероприятий, которые входят в Стандарт, но не могут быть выполнены в данной медицинской организации, необходимо разработать договоры с другими медицинскими организациями.

Договорные правоотношения могут быть также урегулированы и в административном порядке приказом органа управления здравоохранения о закреплении за определенными медицинскими организациями, участвующими в реализации ПГГ, обязанностей по реализации диагностических, лечебных и иных мероприятий с соответствующей оплатой в рамках ПГГ.

Все перечисленное соответствует требованию Закона № 323-ФЗ об обязательности исполнения Порядков. Порядки содержат общий алгоритм организации лечебно-диагностического процесса и требования к условиям, необходимым для его реализации, но в отличие от Стандартов не содержат перечней услуг и лекарственных препаратов для лечения конкретных заболеваний.

То есть Порядки могут использоваться не для конкретизации объема медицинской помощи, а для определения требований к медицинским организациям, осуществляющим медицинскую деятельность в соответствии со Стандартами медицинской помощи на отдельных этапах оказания медицинской помощи.

Обязательность Порядков – это руководство к действию не только для руководителей медицинских организаций, но и для собственников организаций (в первую очередь для федеральных и региональных органов исполнительной власти). Медицинские организации, участвующие в реализации ПГГ, должны соответствовать требованиям Порядков, чтобы обеспечить достаточный уровень материально-технической базы и единообразия организационных подходов при оказании медицинской помощи.

Важно » Стандартизация позволяет реализовать принцип единообразия при оказании медицинской помощи и реализовать права гражданина на бесплатную медицинскую помощь в равном объеме ■

Отметим, что в законодательстве речь идет исключительно о стандартах медицинской помощи, разработанных и утвержденных на федеральном уровне – никакие региональные стандарты в Законах № 323-ФЗ и 326-ФЗ не упоминаются.

Все вышесказанное не делает Стандарт строго обязательным при оказании медицинской помощи врачом конкретному пациенту. Безусловно, профессиональная медицинская деятельность подразумевает индивидуальный подход в лечении каждого больного и допускает отклонения от каких-либо требований с целью достижения наилучшего результата.

Исходя из особенностей врачебной деятельности, необходимо отметить, что любой Стандарт, каким бы он качественным не был, не может строго предписывать врачу, как поступать в той или иной ситуации. Врач, исходя из проявлений заболевания, особенностей состояния здоровья больного, понимания своего профессионального опыта должен принимать самостоятельное решение.

Прежде чем выбрать Стандарт для пациента с конкретным заболеванием, надо сначала предположить именно это заболевание. Понятно, что если врач поставит неправильный диагноз, то он выберет не правильный Стандарт.

В принципе, более жесткие требования Стандарта могут распространяться на лечебный процесс при наличии однозначно установленного диагноза. Но диагностический раздел Стандарта должен обеспечивать врачу возможность применения всех необходимых методов установления диагноза.

Строгие стандарты медицинской помощи возможны в отношении urgentных состояний, в которых задержка принятия клинического решения может быть губительной для больного. Скорее, это даже не Стандарты, а алгоритмы действий медработников при оказании медицинской

помощи при состояниях, угрожающих жизни больного.

Таким образом, решение вопроса о качественно или некачественно оказанной медицинской помощи не ограничивается оценкой соответствия действий медицинского работника одним лишь Стандартам, утвержденным Минздравом России.

Важно ➤ Вывод о степени соответствия Стандарту является основой для оценки медицинской помощи, но не окончательной оценкой ■

Некачественной медицинской помощью является также нарушение сложившихся правил поведения, обычаев медицинской практики при проведении всего комплекса профилактических, диагностических и лечебных мероприятий. Эти нормы и правила могут существовать как в письменной форме (в протоколах лечения, различных источниках профессиональной медицинской информации (учебниках, журнальных статьях и т. д.)), так и в неписанных традициях медицинской деятельности.

Такие правила (алгоритмы лечения, методики проведения лечебных и диагностических процедур, схемы назначения лекарственных препаратов, частота контрольных мероприятий за состоянием здоровья пациента и т. д.) применяются врачом индивидуально по отношению к каждому пациенту. При одном и том же диагнозе и сходном состоянии пациентов индивидуальные схемы лечения могут быть совершенно различными (например, в зависимости от возраста пациента, сопутствующих заболеваний, наличия аллергических реакций на медикаменты и т. д.).

Регистрация отклонений действий врача от «стандартной модели» является лишь констатацией невыполнения Стандарта, которое может иметь различные

последствия – от самых негативных (летальный исход) до позитивных (выздоровление без применения всего набора лекарственных препаратов, входящих в СМП).

В то же время даже при буквальном соблюдении Стандарта вопросы качества медицинской помощи, наличия недостатков в медицинской услуге и ответственности медицинского персонала остаются открытыми.

Единственный вывод, который не вызывает сомнения, заключается в том, что причинение вреда в результате отклонения от Стандарта является четким критерием дефекта медицинской помощи и основанием для наступления ответственности медицинского персонала.

Важно ➤ Несмотря на особенности медицинской деятельности, введение Стандартов является существенной основой для юридической оценки качества медицинской помощи и выявления дефектов при ее оказании ■

Что же касается качества медицинской помощи, оказанной пациенту в целом (суммарное качество представленных потребителю медицинских услуг), то его оценка является прерогативой экспертов. Только индивидуальное рассмотрение специалистами-экспертами конкретных лечебно-диагностических мероприятий с учетом особенностей состояния больного, течения его заболевания и других факторов может быть основанием для выявления недостатков медицинской помощи.

С точки зрения гражданского законодательства оценка медицинской помощи экспертом является оценкой на «соответствие услуги требованиям, предъявляемым к подобным услугам или целям их обычного использования, и является важнейшим критерием оценки качества медицинской услуги».

Указанный подход не относится к особенностям рынка медицинских услуг. В самом широком смысле речь идет о правовых обычаях (деловых обычаях), которые не только учитываются участниками гражданского оборота, но и являются источниками права, то есть используются судами в гражданском процессе наряду с правовыми нормами. Так, в п. 4 постановления Пленумов Верховного Суда РФ и Высшего Арбитражного Суда РФ № 6/8 от 01.06.1996 в качестве примера обычая названы «традиции исполнения тех или иных обязательств»¹.

В медицинской деятельности подобные традиции связаны с лечебно-диагностическими технологиями, которые признаны медицинским сообществом, широко применяются, соответствуют канонам медицинской науки и позволяют достичь максимального положительного результата, исходя из реальных возможностей врачей и медицинских организаций. Другими словами речь идет о том, что медицинские работники должны сделать все возможное в реальных условиях, использовать все свои знания и умения для спасения жизни больного или оказания ему медицинской помощи – таковы исторически сложившиеся профессиональные медицинские обычаи.

Основанием для оценки оказанной медицинской помощи как «соответствующей канонам медицинской науки и позволяющей достичь максимального положительного результата, исходя из реальных возможностей врачей и медицинской организации», «соответствующей требованиям, обычно предъявляемым к услугам подобного рода», то есть соответствующей профессиональным медицинским обычаям, может быть только рассмотрение специалистами проведенных лечебно-диагностических мероприя-

¹ О некоторых вопросах, связанных с применением части первой ГК РФ см. постановление Пленума Верховного Суда РФ и Пленума Высшего Арбитражного Суда РФ № 6/8 от 01.06.1996 // Российская газета. 1996. № 10.

тий с учетом особенностей состояния больного, течения его заболевания, реальных возможностей и условий оказания медицинской помощи и других имевших место факторов. Даже в пределах отраслевых правоотношений оценка качества медицинской помощи не может основываться исключительно на соблюдении СМП.

В случае причинения вреда жизни и здоровью в результате медицинского вмешательства и обращения потерпевшего пациента в суд с требованием возмещения вреда вопросы оценки качества медицинской помощи выходят за рамки отраслевых правоотношений и переходят в плоскость уголовного, гражданского, административного права.

Важно ➤ Суду приходится оценивать не качество медицинской помощи, а действия медицинского работника (юридического лица в случае рассмотрения гражданского иска), причинившего вред ■

Вопросы о правомерности или противоправности поведения, виновности медицинских работников в случае причинения вреда жизни и здоровью при осуществлении медицинского вмешательства являются важнейшими для вынесения судом решения об ответственности медицинских работников.

Медицинский работник (медицинская организация) в гражданском процессе будет доказывать свою невиновность в причинении вреда пациенту и правомерность своего поведения, что, по сути, является надлежащим исполнением профессиональных обязанностей.

С учетом вышесказанного окончательная оценка действий медицинских работников на предмет надлежащего (ненадлежащего) исполнения профессиональных обязанностей будет являться опять же прерогативой экспертов. В каждом конкретном случае оценка действий медицинских работников будет происходить не на основании простого сравнения со Стандартом, а с учетом особенностей состояния больного, течения его заболевания, условий оказания медицинской помощи.

В случае если Стандарт выполнен, а больной умер, медицинская организация будет доказывать не то, что она права, поскольку выполнила стандарт (потому что больше все равно не заплатят), а было ли сделано возможное исходя из условий оказания медицинской помощи, материально-технических возможностей, квалификации и наличия персонала и т. д. для предотвращения летального исхода.

Выполнение в полном объеме Стандарта не защитит медицинскую организацию в случае причинения вреда жизни и здоровью неоказанием какого-либо лечебно-диагностического мероприятия, не входящего в стандарт, но которое было можно выполнить в условиях медицинской организации для предотвращения неблагоприятного исхода. В такой ситуации действия медицинских работников могут расцениваться как виновное причинение вреда.

Поэтому, на наш взгляд, правильно, что в ст. 73 Закона № 323-ФЗ не введено требование об обязательности исполнения Стандарта медицинским работником.

(Продолжение следует)

Системный подход при разработке стандартов первичной профилактики потребления психоактивных веществ

Ключевые слова

психоактивные вещества, болезни зависимости, профилактика потребления ПАВ, стандарты профилактики

Г.А. Корчагина,
д-р мед. наук,
проф.,
зам. директора,
руководитель
отдела
профилактики

Е.В. Фадеева,
канд. психол. наук,
зав. отделением
профилактики
употребления ПАВ
среди лиц молодого
возраста

Я.В. Колпаков, –
канд. психол. наук,
ст. науч. сотр.
отделения
профилактической
наркологии

ФГБУ «Националь-
ный научный центр
наркологии»
Минздрава России

В.Н. Холдин,
главный врач
ГАУЗ МО «Клинский
наркологический
диспансер»

 Написать автору
www.zdrav.ru

Одной из фундаментальных основ антинаркотической, антиалкогольной и антитабачной политики является разработка и внедрение соответствующих стандартов профилактики. Однако сегодня в России такие стандарты отсутствуют.

Недостаточность научных исследований эффективности различных профилактических программ, малое число работ, обобщающих имеющиеся практические наработки и оценивающих их с точки зрения доказательной медицины, не позволяют широко внедрять в практику наиболее действенные методы работы специалистов медицинского, образовательного и других профилей.

Отсутствие единой стратегии профилактики потребления психоактивных веществ (далее – ПАВ) в большей степени отражается на эффективности программ, которые могут быть реализованы в образовательных учреждениях, и, в несколько меньшей степени, те, которые могут быть реализованы в медицинских организациях.

Часто действия специалистов, занимающихся оказанием профилактической помощи, либо непоследовательны, либо проводятся в течение меньшего срока, чем это требуется для получения положительного результата.

Следует также отметить далеко не полный охват профилактическими мероприятиями всего контингента, который в этом нуждается.

Основой формирования стандартов профилактики потребления ПАВ являются международные и отечественные разработки, которые дают научное обоснование и методологические рекомендации по вопросам сохранения здоровья и формирования здорового образа жизни детей и подростков, молодежи и взрослого населения.

Известно, что в разных странах мира при борьбе с потреблением ПАВ используются различные подходы, зависящие

ДЛЯ ТОГО ЧТОБЫ УМЕНЬШИТЬ НАРКОПРЕСТУПНОСТЬ, НУЖНО СОКРАТИТЬ СОЦИАЛЬНУЮ БАЗУ. СОЦИАЛЬНАЯ БАЗА – ЭТО ТЕ ЛЮДИ, КОТОРЫЕ СТРАДАЮТ ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ НАРКОТИКОВ. НО СЕГОДНЯ ЦЕЛЕВОЙ РАБОТЫ, КОТОРАЯ БЫ ВЕЛАСЬ В РОССИИ ПО ОСВОБОЖДЕНИЮ ЭТИХ НАРКОПОТРЕБИТЕЛЕЙ ОТ ЗАВИСИМОСТИ, НЕ ВЕДЕТСЯ. БОЛЕЕ ТОГО, ЭТА ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ДАЖЕ НЕ ФИНАНСИРУЕТСЯ ГОСУДАРСТВОМ...

В.П. Иванов, директор Федеральной службы РФ по контролю за оборотом наркотиков

от региональных условий и традиций. При анализе выясняется, с одной стороны, большое разнообразие проводимых программ профилактики, а с другой – их недостаточная эффективность.

Одним из основных критериев, учитываемых при принятии решения о внедрении тех или иных стандартов профилактики болезней зависимости, должна быть степень эффективности проводимых мероприятий.

Международные стандарты профилактики потребления наркотиков (International Standards on Drug Use Prevention), разработанные в 2013 г. Управлением Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности (UNODC) содержат информацию:

- о здоровом и безопасном развитии детей;
- о возможностях предотвращения наркомании и токсикомании;

- об эффективных профилактических программах для отдельных категорий населения (детей и подростков, взрослого населения, в том числе, беременных женщин)¹;
- содержащую научное обоснование и методологию проведения мероприятий, направленных на сохранение здоровья и формирование здорового образа жизни детей, подростков и взрослого населения.

Стандарты дают структурированные сведения, необходимые для создания национальной системы профилактики потребления табака, алкоголя и наркотиков, базирующейся на принципах доказательной медицины, в основе которой лежит проверка эффективности и безопасности методик диагно-

¹ International Standards on Drug Use Prevention. – UNODC, 2013. – 49 p. URL: http://www.unodc.org/documents/prevention/prevention_standards.pdf.

Оценка рисков



ОТСУТВИЕ ЕДИНОЙ СТРАТЕГИИ И НАУЧНОГО ОБОСНОВАНИЯ ПРОГРАММ ПРОФИЛАКТИКИ ПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ



ОТСУТВИЕ В РОССИИ СТАНДАРТОВ ПРОФИЛАКТИКИ ПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ, НИЗКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОВОДИМЫХ МЕРОПРИЯТИЙ



ОТСУТВИЕ АДЕКВАТНОГО ФИНАНСИРОВАНИЯ НАЦИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПОТРЕБЛЕНИЯ ПАВ

стики, профилактики, лечения и реабилитации¹.

Основами для формирования стандартов профилактики потребления ПАВ являются:

- нормативно-правовая база, устанавливающая законодательные требования к проведению превентивных программ;
- концепция превентивных программ, опирающаяся на отечественные и зарубежные научно-обоснованные методы профилактической помощи;
- успешно действующие программы мониторинга, позволяющие понять реальные масштабы употребления ПАВ среди различных категорий населения;
- единая система оценки действующих профилактических программ, позволяющая оценить их эффективность в различные периоды времени.

Государственная политика в отношении алкоголя, табака и других ПАВ, потребляющих их лиц и мер по противодействию распространения ПАВ определяется международными нормами и национальным законодательством:

- Конвенциями Организации Объединенных Наций о наркотических средствах (1961 г.), о психотропных веществах (1971 г.), о борьбе против оборота наркотических средств и психотропных веществ (1988 г.);
- Федеральным Законом от 21.11.2011 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Федеральным законом от 08.01.1998 № 3 «О наркотических средствах и психотропных веществах»;

- Стратегией государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года, утвержденной Указом Президента России от 09.06.2010 № 690;
- Концепцией осуществления государственной политики противодействия потреблению табака на 2010–2015 годы, утвержденной распоряжением Правительства РФ от 23.09.2010 № 1563-р;
- Концепцией реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года, утвержденной распоряжением Правительства РФ от 30.12.2009 № 2128-р;
- Концепцией профилактики употребления психоактивных веществ в образовательной среде².

Важно ➤ Основным сегментом эффективной национальной системы профилактики потребления ПАВ являются мероприятия, реализуемые в отношении детей «критических» возрастных групп: в младенчестве, в раннем детстве и при переходе от детства к юности ■

Национальная система профилактики потребления ПАВ является одним из компонентов системы здравоохранения и использует как универсальные, так и селективные подходы к оказанию превентивной помощи.

При этом должны учитываться современные научные разработки, подтверждающие прогностическую эффективность конкретного профилактического вмешательства и возможность проведения объективной оценки его результатов.

¹ Building on Our Strengths: Canadian Standards for School-based Youth Substance Abuse Prevention, Version 2.0. – Canadian Centre for Substance Abuse, 2010. 137 p. URL: <http://www.ccsa.ca/2010%20CCSA%20Documents/ccsa-011815-2010.pdf>; European drug prevention quality standards. A manual for prevention professionals. – European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), 2011. – 292 p. URL: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_145539_EN_TD3111250ENC.pdf; International Standards on Drug Use Prevention. – UNODC, 2013. 49 p. URL: http://www.unodc.org/documents/prevention/prevention_standards.pdf; Stronger Together: Canadian Standards for Community-based Youth Substance Abuse Prevention. – Canadian Centre for Substance Abuse, 2010. 160 p. URL: http://www.ccsa.ca/2010%20CCSA%20Documents/2010_CCSA_Community-based_Standards_en.pdf.

² <Письмо> Минобрнауки России от 05.09.2011 № МД-1197/06 «О Концепции профилактики употребления психоактивных веществ в образовательной среде».

Эффективное функционирование системы профилактики обеспечивают комплексы взаимосвязанных мер, осуществляемых на различных уровнях.

Долгосрочное успешное функционирование национальной системы профилактики потребления ПАВ обеспечивают:

- «поддерживающая» государственная политика и соответствующая нормативная правовая база;
- современные научные исследования;
- координация действий многочисленных участников системы на национальном, региональном и муниципальных уровнях.

Нужно понимать, что «поддерживающая» политика и нормативно-правовая база не могут быть сформированы «в вакууме».

Федеральные и региональные министерства и ведомства (внутренних дел, здравоохранения, образования и науки, труда и социального развития, спорта, туризма и молодежной политики, финансов, экономического развития), организации и гражданское общество принимают самое активное участие в планировании, осуществлении, мониторинге и оценке компонентов профилактических стандартов, в том числе:

- в определении роли всех заинтересованных сторон, включая органы управления, государственные учреждения, неправительственные и общественные организации, религиозные общины и т. д.;
- в направлении усилий на реализацию международных стандартов профилактики потребления ПАВ на всех уровнях.

При этом организации местного и регионального уровня предоставляют данные, получаемые в ходе работы, в информационную систему федерального уровня. Неправительственные и общественные организации, «лидеры мнения» способствуют социальной модернизации как инструменту кардинального снижения спроса на ПАВ.

Полноценное функционирование системы профилактики должно подкрепляться адекватными ресурсами: эффективная превентивная работа возможна только при условии обеспечения необходимого финансирования и подготовки соответствующих заинтересованных сторон на постоянной основе.

Так, например, в европейских странах для реализации потенциала действующей антинаркотической политики предусматриваются средне- и долгосрочные инвестиции.

Национальная система профилактики, основанная на данных научных исследований и принципах доказательной медицины, должна располагать точными знаниями относительно того, какова ситуация с распространенностью и потреблением ПАВ существует на самом деле. Это требует мониторинга:

- распространенности употребления ПАВ;
- перечня потребляемых веществ;
- начала употребления ПАВ и перехода от «первых проб» к злоупотреблению ПАВ;
- уровня смертности и преступности, связанных с потреблением ПАВ;
- уровня инфицирования ВИЧ и гепатитами.

В России под системой мониторинга наркоситуации понимается система наблюдения за оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, противодействия их незаконному обороту и немедицинскому потреблению, лечению и медико-социальной реабилитации больных наркоманией и токсикоманией.

Постановление Правительства РФ от 20.06.2011 № 485 «Об утверждении Положения о государственной системе мониторинга наркоситуации в Российской Федерации» устанавливает цели, задачи и порядок организации мониторинга, который осуществляется Государственным

антинаркотическим комитетом, антинаркотическими комиссиями в субъектах РФ, федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов РФ с участием органов местного самоуправления, общественных объединений и иных организаций.

Основными целями мониторинга наркоситуации являются:

- оценка наркоситуации в России и масштабов незаконного распространения и потребления наркотических средств и других ПАВ;
- прогнозирование, выявление и оценка угроз национальной безопасности, связанных с незаконным оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров;
- оценка эффективности проводимой антинаркотической политики и формирование предложений по ее оптимизации.

Мониторинг наркоситуации в Российской Федерации включает в себя непрерывное получение и анализ информации о состоянии процессов в сфере оборота наркотиков и их прекурсоров, в области противодействия их незаконному обороту, профилактики немедицинского потребления наркотиков, лечения и медико-социальной реабилитации больных наркоманией, своевременное выявление негативных тенденций развития наркоситуации, а также прогнозирование развития наркоситуации и выработка предложений по ее улучшению.

Основные показатели деятельности наркологической службы в России ежегодно отражаются в статистическом сборнике, подготовленном на основании установленных форм статистического наблюдения Минздрава России и Федеральной службы государственной статистики¹.

Внедрение международных стандартов профилактики потребления ПАВ на территории РФ возможно после их адаптации с учетом социально-экономических, национальных и общественных особенностей, а также, доказанной эффективности отечественных разработок в данной области.

Например, в России традиционно популярна профилактика аддиктивного поведения средствами физической культуры и спорта. Однако в международных стандартах они отнесены к средствам профилактики, не имеющим доказанного эффекта.

Напротив, профилактика немедицинского использования наркотических и психотропных веществ, отпускаемых по рецепту, которой уделяется большое внимание в международных стандартах, не так широко распространена в России, чтобы быть отдельным направлением работы².

Необходимо отметить, что формирование поведенческих установок, способствующих сознательному выбору здорового образа жизни у детей и взрослых, является наиболее популярным и эффективным профилактическим направлением в странах Европы.

В России этому направлению уделяется мало внимания, а часто вся профилактика аддиктивного поведения сводится к информированию населения о вреде употребления ПАВ.

Важно ➤ По мнению авторов, необходимо смещать акценты профилактической работы от пассивного потребления населением информации к активному формированию поведенческих установок ■

Следует отметить необходимость детальной проработки мер первичной и вторичной профилактики, включая работу с беременными женщинами и детьми дошкольного возраста из социально

¹ Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2011–2012 годах. Статистический сборник / подготовлен под рук. Кошкиной Е.А. – М.: НИЦ наркологии, 2013. 166 с. URL: <http://www.nncn.ru/objects/nncn01/1377084053.pdf>.

² International Standards on Drug Use Prevention. – UNODC, 2013. 49 p. URL: http://www.unodc.org/documents/prevention/prevention_standards.pdf.

неблагополучных семей – теми группами населения, которым в Российской Федерации уделяется недостаточно внимания в рамках предупреждения неблагоприятных последствий аддиктивного и девиантного поведения.

Важно » Многочисленные международные исследования подчеркивают необходимость включения семей групп риска в обязательные долгосрочные программы профилактики: в семьях, где родители имеют проблемы, связанные со злоупотреблением ПАВ, наиболее высоки риски, что дети также будут подвержены аддиктивному поведению¹ ■

Управлением Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности (UNODC) разработано Руководство по проведению программ обучения навыкам жизни в семье в целях предотвращения злоупотребления психоактивными веществами.

Его внедрение позволяет добиться высоких результатов в деле предотвращения рискованного поведения, в том числе злоупотребления ПАВ.

Результаты научных исследований специалистов UNODC подтверждают, что обучение членов семей, имеющих проблемы с употреблением ПАВ, поведенческим навыкам дает лучшие результаты, чем программы, в рамках которых родителям предоставляется только информация о вредных последствиях употребления ПАВ.

ВНЕДРЕНИЕ МЕЖДУНАРОДНЫХ СТАНДАРТОВ ПРОФИЛАКТИКИ ПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИКОВ И СИСТЕМЫ ОЦЕНКИ, АДАПТИРОВАННЫХ К ГОСУДАРСТВЕННЫМ, НАЦИОНАЛЬНЫМ, ПОЛИТИЧЕСКИМ И ОБЩЕСТВЕННЫМ УСЛОВИЯМ РФ, ВОВЛЕЧЕНИЕ В ПРОФИЛАКТИЧЕСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ОБЩЕСТВЕННЫХ ИНСТИТУТОВ И УРОВНЕЙ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИХ АДЕКВАТНЫЕ РЕСУРСЫ И ПОДДЕРЖИВАЮЩИХ УСТОЙЧИВОЕ РАЗВИТИЕ И ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ ЦЕЛОЙ СИСТЕМЫ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ, ПОЗВОЛИТ СОЗДАТЬ ЦЕЛОСТНУЮ СИСТЕМУ НАЦИОНАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ НА ДОЛГОЕ ВРЕМЯ.

Более того, программы, включающие непрерывное обучение поведенческим навыкам родителей, детей и других членов семьи, оказывают положительное и долгосрочное влияние на функционирование семьи и родительские навыки².

Подобные программы профилактики, которые ориентированы на семью в целом, должны быть включены в стандарты профилактических вмешательств, функционировать и финансироваться как на федеральном, так и региональном и муниципальных уровнях, поскольку ключевая роль влияния семейных поведенческих стереотипов в отношении формирования аддиктивного поведения у детей и подростков доказана многочисленными зарубежными исследованиями³.

¹ Руководство по проведению программ обучения навыкам жизни в семье в целях предотвращения злоупотребления психоактивными веществами. – Управление ООН по наркотикам и преступности (UNODC), 2009. 64 с. URL: <http://www.unodc.org/documents/prevention/family-guidelines-R.pdf>; Guide to implementing family skills training programmes for drug abuse prevention. – UNODC, 2009. 64 p. URL: http://www.unodc.org/pdf/youthnet/family%20based/FINAL_ENGLISH_version%20for%20PRINTING%20received%20120209.pdf; Preventing Drug Use among Children and Adolescents: A Research-Based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders. – NIDA, 2003. 49 p. URL: http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/preventingdruguse_2.pdf; Strengthening Our Skills: Canadian Guideline for Family Skills Programs. – Canadian Centre for Substance Abuse, 2011. 71 p. URL: http://www.ccsa.ca/2010%20CCSA%20Documents/2010_CCSA_Family_skill-based_Guidelines_en.pdf.

² Руководство по проведению программ обучения навыкам жизни в семье в целях предотвращения злоупотребления психоактивными веществами. – Управление ООН по наркотикам и преступности (UNODC), 2009. 64 с. URL: <http://www.unodc.org/documents/prevention/family-guidelines-R.pdf>.

³ Guide to implementing family skills training programmes for drug abuse prevention. – UNODC, 2009. 64 p. URL: http://www.unodc.org/pdf/youthnet/family%20based/FINAL_ENGLISH_version%20for%20PRINTING%20received%20120209.pdf; Preventing Drug Use among Children and Adolescents: A Research-Based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders. – NIDA, 2003. 49 p. URL: http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/preventingdruguse_2.pdf; Strengthening Our Skills: Canadian Guideline for Family Skills Programs. – Canadian Centre for Substance Abuse, 2011. 71 p. URL: http://www.ccsa.ca/2010%20CCSA%20Documents/2010_CCSA_Family_skill-based_Guidelines_en.pdf.

Важным аспектом системы превентивных вмешательств являются вопросы внедрения и реализации пролонгированной по времени и гибкой по мере накопления новых научных сведений системной антитабачной, антиалкогольной и антинаркотической профилактики.

Необходимо отметить важность привлечения правительственных и неправительственных организаций к работе и координации деятельности различных ведомств (здравоохранение, образование, социальной занятости, спорта и т. д.) с целью создания национальной российской системы профилактики потребления табака, алкоголя и наркотиков.

Резюмируя сказанное, следует подчеркнуть, что в России имеются все пред-

посылки и ключевые факторы, необходимые для внедрения и успешной реализации международных стандартов первичной профилактики потребления наркотиков:

- нормативно-правовые акты, устанавливающие приоритетность профилактики социально значимых заболеваний;
- мониторинговые программы, отражающие острую необходимость полноценного функционирования профилактических программ в подавляющем большинстве регионов РФ;
- оригинальные отечественные и апробированные международные программы профилактики потребления ПАВ.

Читайте в 2015 году в журнале «Заместитель главного врача: лечебная работа и медицинская экспертиза»

- **Оптимизация деятельности медицинских организаций:** эффективные организационные решения, новые формы работы
- **Диспансеризация:** правовые и организационные вопросы, критерии оценки эффективности, документация
- **Контроль качества и безопасности медицинской деятельности:** требования проверяющих органов, рекомендации экспертов по созданию систем внутреннего контроля
- **Внедрение эффективного контракта в государственных (муниципальных) организациях здравоохранения:** поэтапное совершенствование системы оплаты труда, рациональные подходы к реализации эффективного контракта



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

Реклама

Всероссийская научно-практическая конференция «Экономические инструменты управления качеством медицинской помощи»

6–7 октября 2014 г. | 10:00–18:00 | Москва, ГК «Космос»

К участию приглашены:

Яковлева Т.В.,
заместитель Министра
здравоохранения РФ

Мурашко М.А.,
руководитель Росздравнадзора

Серегина И.Ф.,
заместитель руководителя
Росздравнадзора

Шаронов А.Н.,
начальник Управления
организации государственного
контроля качества оказания
медицинской помощи
населению Росздравнадзора

Кравчук С.Г.,
начальник управления
организации ОМС, ФФОМС

Железнякова И.А.,
заместитель начальника
финансово-экономического
управления ФФОМС

Кузнецов Д.Ю.,
президент Межрегионального
союза медицинских страховщиков

Галаничева Н.П.,
генеральный директор
ОАО «РОСНО МС»

и другие ведущие эксперты
в области управления качеством
медицинской помощи

В программе конференции:

**Нормативная правовая база, регулирующая вопросы качества
медицинской помощи (КМП).**

- Различные аспекты КМП с позиции контролирующих органов, плательщиков, пациентов, медицинских организаций и медработников.
- Контроль, надзор и обеспечение надлежащего КМП.
- Система менеджмента КМП.

**Нормативные требования, направленные на обеспечение
надлежащего КМП:**

- к кадровому обеспечению (численность и квалификация персонала);
- к материально-техническому обеспечению лечебно-диагностического процесса (стандарты оснащения, ограничительные списки лекарств, нормирование при госзакупках товаров, работ и услуг);
- к технологиям (порядки и стандарты медицинской помощи, клинические протоколы).

**Влияние на КМП различных способов оплаты медицинской помощи,
оказываемой в рамках программы госгарантий.**

**Цели управления профессиональным поведением медработников
и их связь с КМП.**

- Система материального стимулирования различных групп работников.
- Депремирование и штрафные санкции к работникам.
- Регрессные иски.

**Система государственного, ведомственного и внутреннего
контроля качества медицинской деятельности.**

- Полномочия контрольно-надзорных органов и прокуратуры
- Экспертиза КМП в сфере ОМС.
- Санкции, применяемые к медицинским организациям, и их влияние на КМП.
- Претензионная работа. Судебные иски пациентов.

Условия участия:

Стоимость: **21 712 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) – **20 178 руб.** Ваша **экономия – 1534 руб.**

Реклама

Для участия зарегистрируйтесь по тел.: **8 (495) 937-9082**
или на сайте www.seminar.ru

Роль безопасности медицинской деятельности в обеспечении ее качества

Ключевые слова

качество и безопасность медицинской помощи, качество организации медицинской помощи, безопасность медицинской деятельности, эпидемиологическая безопасность

А.Л. Линденбратен,
д-р мед. наук,
проф., заслуженный
деятель науки РФ,
первый зам.
директора по
научной работе,

Т.В. Гололобова,
канд. мед. наук,
ст. науч. сотр.,

ФГБУ «Националь-
ный научно-
исследовательский
институт обще-
ственного здоро-
вья» РАМН



Написать автору
WWW.ZDRAV.RU

ВОПРОСЫ БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВСЕ БОЛЬШЕ ПРИВЛЕКАЮТ ВНИМАНИЕ ШИРОКОГО КРУГА СПЕЦИАЛИСТОВ.

ВНЕДРЕНИЕ В ПРАКТИКУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НОВЫХ, ВСЕ БОЛЕЕ СЛОЖНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ, РОСТ ЯТРОГЕННЫХ БОЛЕЗНЕЙ, ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ БОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ, ПРИВОДЯЩИХ К ОСЛОЖНЕНИЮ ЗАБОЛЕВАНИЙ И НАНОСЯЩИХ БОЛЬШОЙ КАК СОЦИАЛЬНЫЙ, ТАК И ЭКОНОМИЧЕСКИЙ УЩЕРБ, ОБУСЛОВЛИВАЮТ АКТУАЛЬНОСТЬ ЭТОЙ ПРОБЛЕМЫ.

Многие исследователи рассматривают безопасность как один из критериев качества медицинской помощи. Известный американский ученый А. Донабедиан еще в 1980 г. отмечал, что качественная помощь – это такая помощь, при которой максимизируются все составляющие благополучия пациента с учетом баланса возможной пользы и риска, характеризующего отдельные элементы помощи. В соответствии с определением ВОЗ важнейшим критерием качества медицинской помощи является степень снижения риска возможного возникновения болезни, прогрессирования существующего заболевания, развития осложнений вследствие заболевания, обследования и лечения с учетом оптимальности использования доступных медицинских ресурсов и технологий и удовлетворенности пациента оказанной медицинской помощью.

И не случайно эти вопросы нашли свое отражение в Федеральном законе от 21.11.2011 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (далее – Закон № 323-ФЗ), где говорится (ст. 87) о контроле качества и безопасности медицинской деятельности, который осуществляется:

- соблюдением требований к медицинской деятельности, установленных законодательством РФ;
- определением показателей качества деятельности медицинских учреждений;

ДЛЯ ДАЛЬНЕЙШЕГО РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ И ОБЕСПЕЧЕНИЯ УРОВНЯ БЕЗОПАСНОСТИ МЕДПОМОЩИ, СРАВНИМОГО С ТЕМ, КОТОРЫЙ ДОСТИГНУТ В РАЗВИТЫХ ИНДУСТРИАЛЬНЫХ СТРАНАХ, НАМ НЕОБХОДИМО ОБЪЕДИНИТЬ УСИЛИЯ ОРГАНИЗАТОРОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ЗАКОНОДАТЕЛЕЙ, ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ НАУКИ, МЕДИЦИНСКОЙ ИНДУСТРИИ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СООБЩЕСТВА С ЦЕЛЬЮ ВСЕСТОРОННЕГО АНАЛИЗА ПРОБЛЕМЫ, КОМПЛЕКСНОГО ВНЕДРЕНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНИЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ И ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛНОЦЕННОЙ НОРМАТИВНОЙ БАЗЫ.

А.В. Бобрик, глава представительства компании BD (Бектон, Дикинсон энд Компани) в России и СНГ

- соблюдением объема, сроков и условий оказания медицинской помощи.

При этом выделяются три формы контроля: государственный, ведомственный и внутренний.

Следует обратить внимание, что речь идет уже не о медицинской помощи, а о медицинской деятельности, то есть понятии более широком, которое в том же Законе № 323-ФЗ (ст. 2) трактуется как «профессиональная деятельность по оказанию медицинской помощи, проведению медицинских экспертиз, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и профессиональная деятельность, связанная с трансплантацией (пересадкой) органов и (или) тканей, обращением донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях».

Очевидно, это требует соответствующего разграничения и понятий «безопас-

ность медицинской помощи» и «безопасность медицинской деятельности», а также их связи с качеством рассматриваемых объектов.

Понятие качества медицинской помощи сформулировано в Законе № 323-ФЗ как совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.

Следовательно, речь в данном случае идет по существу о самом процессе оказания медицинской помощи, осуществляемом в рамках взаимодействия пациента с медицинским персоналом, которое, естественно, может быть связано с определенным риском для обеих сторон.

Исходя из этого, безопасность как одна из характеристик качества означает

Оценка рисков



ОТ СТЕПЕНИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ВО МНОГОМ ЗАВИСИТ ВЕРОЯТНОСТЬ НЕГАТИВНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, В Т. Ч. РАЗЛИЧНОГО РОДА ОСЛОЖНЕНИЙ



«ЧЕЛОВЕЧЕСКИЙ ФАКТОР» ИГРАЕТ СУЩЕСТВЕННУЮ РОЛЬ В ОБЕСПЕЧЕНИИ БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ



НЕДОСТАТОЧНАЯ ИНФОРМИРОВАННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ И НЕГОТОВНОСТЬ К ВЗАИМОДЕЙСТВИЮ С МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ

сведение до минимума риска возможных травм, инфекций, побочных эффектов лечения и других опасностей в процессе оказания медицинской помощи. При этом имеется в виду безопасность для пациентов, медицинских работников, посетителей больниц, родственников больных и всех окружающих.

Например, медицинские работники, как и пациенты, должны быть защищены от риска инфицирования через перелитую кровь или используемые инструменты. В этом случае снижения риска добиваются за счет соблюдения правил асептики и техники переливания крови. В ряде случаев технологические стандарты имеют законодательную силу. Это касается в первую очередь тех стандартов, применение которых связано с относительно высоким риском возникновения неблагоприятных побочных эффектов, например при осуществлении так называемых терапевтически агрессивных методик.

Но поскольку медицинская деятельность, помимо самого процесса оказания медицинской помощи, включает в себя массу самых разных организационных мероприятий, то следует, очевидно, говорить не только о качестве медицинской помощи (КМП), но и о качестве организации медицинской помощи (КОМП). При этом к качеству организации медицинской помощи могут быть отнесены такие характеристики, как доступность, экономичность, преемственность, безопасность и др. (рис. 1).

Следовательно, безопасность является также одной из наиболее значимых характеристик качества организации медицинской помощи, а в целом и качества медицинской деятельности.

Таким образом, понятие безопасности медицинской деятельности можно определить как критерий, отражающий отсутствие вредных воздействий при осуществлении медицинской помощи, медицинских осмотров и освидетель-

ствований, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и профессиональной деятельности, связанной с трансплантацией органов и (или) тканей, обращением донорской крови и ее компонентов.

Безопасность – сложное многокомпонентное понятие. На основе тех факторов, воздействие которых может оказывать влияние на процесс оказания медицинской помощи и его организацию, можно выделить различные виды безопасности:

- химическая безопасность,
- радиационная безопасность,
- биологическая безопасность,
- эпидемиологическая и др.

Сам процесс организации медицинской помощи должен быть основан на обеспечении всех тех видов безопасности, которые могут оказывать на него как прямое, так и опосредованное влияние.

Обеспечение безопасности медицинской деятельности

Обеспечение безопасности медицинской деятельности можно представить как систему мероприятий, направленных на обеспечение безопасности медицинской помощи, медицинских осмотров и освидетельствований, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и др.

Обеспечение безопасности медицинской деятельности должно предусматривать прежде всего постоянное осуществление ее контроля или оценки.

Для оценки безопасности так же, как и качества медицинской помощи, можно воспользоваться известной «триадой Донабедиана», в соответствии с которой выделяются индикаторы структуры, индикаторы процессов, индикаторы результатов.

В частности, индикаторами безопасности структуры могут быть показатели, используемые для характеристики меди-

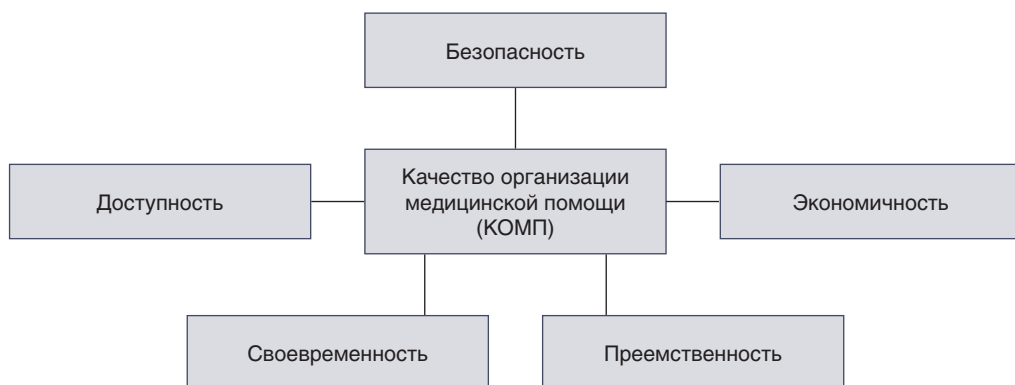


Рис. 1 Качество организации медицинской помощи (КОМП)

цинских организаций. Эти индикаторы используются для оценки потенциальных возможностей организации оказывать соответствующую его функциям медицинскую помощь, поэтому индикаторы структуры являются индикаторами безопасности организации медицинской помощи. При этом анализируется ресурсная база: здания, помещения, их оснащение, санитарно-техническое и санитарно-гигиеническое состояние, соответствие видам осуществления медицинской деятельности, а также наличие систем обеспечения их функционирования (водоснабжения, канализации, освещенности, вентиляции и т. д.), степень защиты от воздействия неблагоприятных факторов внешней среды (физических, химических, биологических), условия пребывания пациентов, кадры и др. Индикаторы данного типа могут быть использованы при этом на различных уровнях системы здравоохранения: отрасли, территории, медицинской организации.

Индикаторы безопасности процессов должны отражать прежде всего используемые медицинские технологии и обеспечение оптимального взаимодействия пациента с медицинским персоналом, соблюдение соответствующих стандартов и клинических протоколов.

Индикаторы результатов имеют важнейшее значение для оценки степени выполнения поставленных задач и достижения намеченных целей на каждом этапе оказания медицинской помощи и могут давать необходимую информацию для опосредованной оценки безопасности как самого процесса оказания медицинской помощи, так и ее организации.

Таким образом, если индикаторы структуры отражают безопасность медицинской деятельности организации, а индикаторы процесса характеризуют безопасность медицинской помощи, то индикаторы результатов являются в определенной мере интегрирующими и зависящими как от безопасности медицинской деятельности в целом, так и от обеспечения безопасности при оказании конкретных медицинских услуг.

В целом основные характеристики безопасности медицинской деятельности можно представить в виде схемы (рис. 2).

Обеспечение безопасности можно рассмотреть на примере эпидемиологической безопасности, которая является одной из основных характеристик как КМП, так и КОМП и обеспечивается реализацией комплекса профилактических, в т. ч. дезинфекционных, мероприятий. В связи с этим безопасное в эпидемиоло-

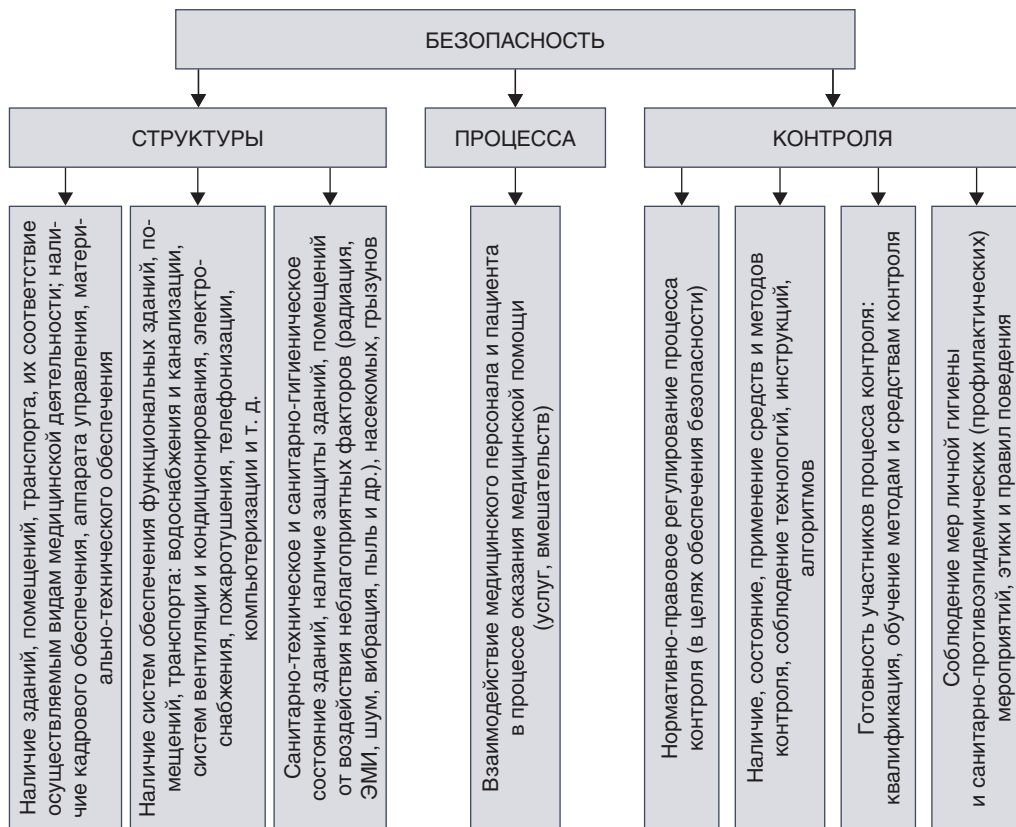


Рис. 2 Основные характеристики безопасности медицинской деятельности

гическом отношении оказание медицинской помощи должно обеспечиваться как при непосредственном взаимодействии пациента с медицинским персоналом, так и в период пребывания пациента в медицинской организации в целом.

От степени обеспечения эпидемиологической безопасности во многом зависит вероятность негативных последствий медицинской помощи, в т. ч. различного рода осложнений.

С позиции обеспечения эпидемиологической безопасности следует рассматривать обеспечение безопасности структуры или условий оказания медицинской помощи, обеспечение готовности участников процесса оказания медицинской помощи (медицинского

персонала, пациента) и обеспечение безопасности контрольных мероприятий как в системе внешнего, так и в системе внутреннего контроля (рис. 3).

На обеспечение безопасности структуры направлены прежде всего мероприятия по лицензированию, аккредитации, сертификации.

Получение лицензии является обязательным условием осуществления медицинской деятельности, при этом задача этого этапа – минимизировать риски для здоровья, обеспечить безопасность, то есть это – оценка соответствия минимальным стандартам.

Наряду с безопасностью структуры важной характеристикой обеспечения эпидемиологической безопасности меди-

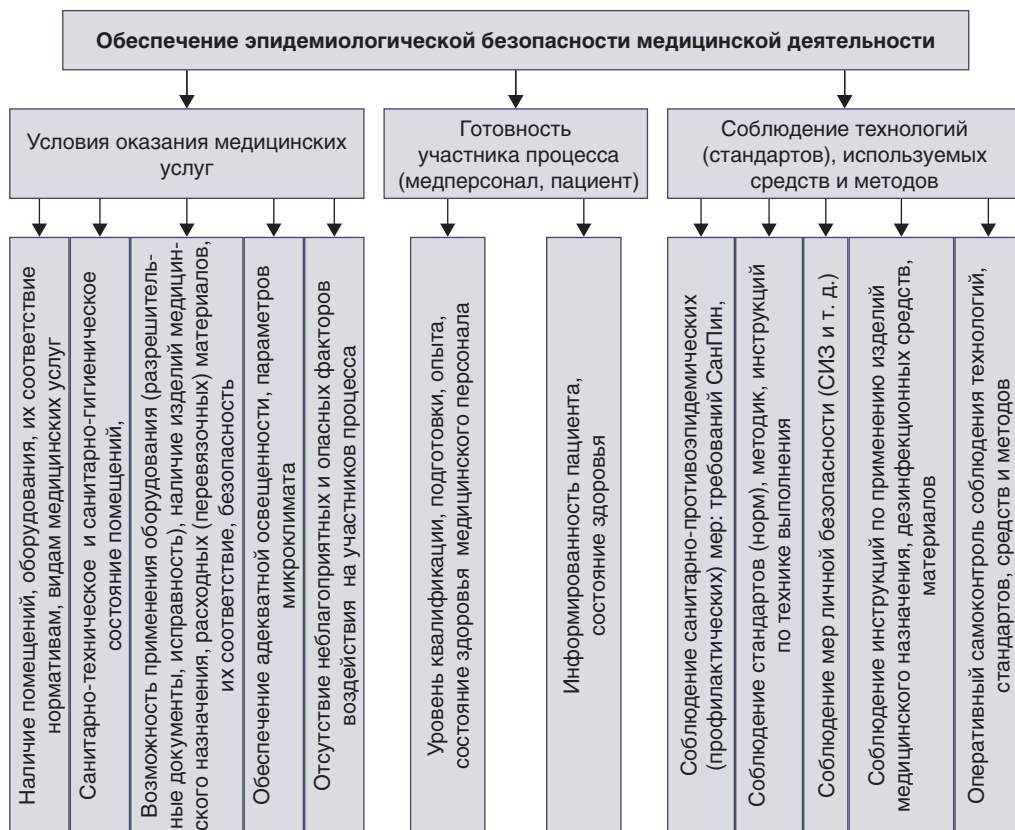


Рис. 3 Обеспечение эпидемиологической безопасности медицинской деятельности

цинской деятельности является контроль. Организация безопасности процесса контроля должна быть основана на нормативно-правовом регулировании систем внешнего и внутреннего контроля, определяться не только наличием методов и средств контроля, но и их безопасным применением, что должно быть обусловлено соблюдением определенных технологий, инструкций, алгоритмов контроля. Вместе с тем готовность участников к проведению контрольных мероприятий, их квалификация, владение основными методами и средствами контроля невозможна без соблюдения ими мер личной гигиены и выполнения целого ряда санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий.

Обеспечение эпидемиологической безопасности процесса оказания медицинской помощи должно быть направлено как на медицинский персонал с позиции повышения их квалификации и обучения конкретным знаниям и умениям, так и на пациентов в плане повышения их информированности и готовности к взаимодействию с медицинскими работниками.

В целом, факторы, влияющие на эпидемиологическую безопасность медицинской деятельности можно условно сгруппировать в зависимости от их внутреннего содержания, предметной, функциональной и системной принадлежности.

Так, соблюдение требований законодательства в области оказания медицин-

БЕЗОПАСНОСТЬ, ЯВЛЯЯСЬ ХАРАКТЕРИСТИКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ДОЛЖНА ОЦЕНИВАТЬСЯ С ПОЗИЦИЙ ОЦЕНКИ: БЕЗОПАСНОСТИ СТРУКТУРЫ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, БЕЗОПАСНОСТИ ПРОЦЕССА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И БЕЗОПАСНОСТИ КОНТРОЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ.

ских услуг, требований санитарного законодательства и др. относится к нормативно-правовому блоку.

Уровень материально-технической оснащенности определяется наличием соответствующего оборудования и изделий медицинского назначения (ИМН), их исправностью, которые, в свою очередь, зависят от объема финансирования и расходов по данному направлению и в целом могут относиться к экономическому блоку. Уровень профессиональной подготовки и наличие практических навыков медицинского персонала в области соблюдения дезинфекционного и стерилизационного режимов, выполнения

санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, а также состояние здоровья персонала, личная гигиена имеют отношение к медицинскому и социальному блоку соответственно.

Наконец, личностный блок или так называемый человеческий фактор играет также не последнюю роль в обеспечении безопасности медицинской деятельности.

Обеспечение безопасности медицинской деятельности можно представить как систему мер нормативно-правового, экономического, социального, медицинского, в т. ч. санитарно-противоэпидемического (профилактического), характера, которые должны включать формирование законодательства и нормативно-правового регулирования, процессы лицензирования и аккредитации, регистрацию лекарств, медицинской техники и медицинских изделий, оценку медицинских технологий, непрерывное медицинское образование и повышение информированности населения, осуществление контроля в медицинских организациях и др.

Читайте в 2015 году в журнале «Главная медицинская сестра»

- Лучшие работы участников конкурса статей «Опыт внедрения инноваций в сестринскую практику. Роль главных и старших медицинских сестер»
- Расширение функционала среднего медицинского персонала: новые обязанности, новый уровень ответственности
- Правовые вопросы в сестринском деле: обзор нового законодательства, комментарии экспертов
- Обращение лекарственных препаратов в медицинских организациях: нормативные требования, формы учета, подготовка к проверкам



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

Реклама

Конференция

«Контроль в медицинской организации: ответственность главной медицинской сестры»

20–21 ноября 2014 г. | 10:00–18:00 | Москва, ГК «Космос»

К участию приглашены:

Двойников С.И.,

д-р мед. наук, главный внештатный специалист-эксперт Минздрава России по управлению сестринской деятельностью

Лозовская Т.Д.,

начальник отдела охраны труда Департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Минздрава России

Николаенко Н.М.,

начальник отдела нормативно-правового регулирования фармацевтической деятельности Минздрава России

Тарасенко И.М.,

заместитель начальника территориального отдела Управления Роспотребнадзора по г. Москве в Северо-Восточном административном округе г. Москвы

и другие ведущие эксперты в области управления качеством медицинской помощи

В программе конференции:

- Управление и контроль в повседневной деятельности главной медицинской сестры
- Контроль главной медсестры за рациональной расстановкой сестринского и младшего медицинского персонала
- Внутренний контроль качества работы сестринского персонала
- Контроль руководителя сестринских служб за своевременной аттестацией и повышением квалификации среднего медицинского персонала
- СОУТ: роль главной медсестры в обеспечении надлежащих условий труда среднего и младшего медицинского персонала
- Организационные вопросы осуществления санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в учреждениях здравоохранения. Роль и место главной медицинской сестры
- Правовой статус и правовая ответственность главной медицинской сестры
- Особенности оборота наркотических средств, психотропных веществ и лекарственных средств, подлежащих предметно-количественному учету в медицинских организациях
- Контроль медицинских организаций со стороны Роспотребнадзора: зоны ответственности главной медсестры

Реклама

Условия участия:

Стоимость: **14 986 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) – **13 924 руб.** Ваша экономия – **1062 руб.**



Для участия зарегистрируйтесь по тел.: 8 (495) 937-9082
или на сайте www.seminar.ru

Этические документы в медицинском праве

Ключевые слова профессиональная этика, деонтология, биоэтика

О.В. Романовская,
д-р юрид. наук,
проф. кафедры
частного и публич-
ного права ФГБОУ
ВПО «Пензенский
государственный
университет»



Написать автору
WWW.ZDRAV.RU

В РАЗНЫЕ ПЕРИОДЫ ВРЕМЕНИ ВОПРОСАМ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ УДЕЛЯЛОСЬ РАЗНОЕ ВНИМАНИЕ.

ТАК, «КЛАССОВЫЙ ПОДХОД», ПРИНЯТЫЙ В СССР, ПРИ КОТОРОМ ПРОВОДИЛАСЬ ЧЕТКАЯ ГРАНИЦА МЕЖДУ ЭТИКОЙ В БУРЖУАЗНОМ И В СОВЕТСКОМ ОБЩЕСТВЕ, ДЕЛАЛ НЕНУЖНЫМ ПРИНЯТИЕ СПЕЦИАЛЬНЫХ «ОТРАСЛЕВЫХ» ЭТИЧЕСКИХ НОРМ ТОЛЬКО ДЛЯ РАБОТНИКОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

ТЕМ НЕ МЕНЕЕ В 1945 Г. НАРКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР Н.А. СЕМАШКО ПРИЗНАЛ, ХОТЯ И С НЕКОТОРЫМИ ОГОВОРКАМИ, НЕОБХОДИМОСТЬ В ЭТИЧЕСКОМ РЕГУЛИРОВАНИИ ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ: «В ОСНОВНОМ ТАК НАЗЫВАЕМАЯ ВРАЧЕБНАЯ ЭТИКА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ТРИ ГРУППЫ ВОПРОСОВ: ВО-ПЕРВЫХ, ОТНОШЕНИЕ ВРАЧА К БОЛЬНОМУ, ВО-ВТОРЫХ, ОТНОШЕНИЕ ВРАЧА К КОЛЛЕКТИВУ (ОБЩЕСТВУ) И, В-ТРЕТЬИХ, ОТНОШЕНИЕ ВРАЧЕЙ МЕЖДУ СОБОЙ»¹.

В 1943 г., выступая с докладом на хирургическом обществе в Москве, академик Н.Н. Петров поставил вопрос о формировании хирургической деонтологии – совокупности «должных» правил поведения медицинских работников при ведении хирургической практики. Позднее им был написан классический труд «Вопросы хирургической деонтологии», выдержавший не одно издание. Значительную роль в возрождении медицинской этики сыграл и другой российский онколог, академик Н.Н. Блохин².

Отметим, что советская медицинская этика рассматривалась именно как совокупность обязанностей, то есть, деонтология. Как отмечал А.Я. Иванюшкин, деонтология – это конкретизация медицинской этики³.

В то же время в ст. 16 Закона РСФСР от 29.07.1971 «О здравоохранении»⁴, закреплявшей обязанности и права медицинских и фармацевтических работников, было указано, что они устанавливаются только законодательством СССР и РСФСР.

¹ Цит. по: Яровинский М.Я. Лекции по курсу «Медицинская этика (биоэтика)». М., 2004. С. 28.

² См.: Блохин Н.Н. Деонтология в онкологии. М., 1977.

³ Дземешкевич С.Л., Борогад И.В., Гурвич А.И. Биоэтика и деонтология в практической трансплантологии / Биомедицинская этика / Под ред. В.И. Покровского. М., 1997. С. 138

⁴ Ведомости Верховного Совета РСФСР. 1971. № 31. Ст. 656.

МЕНЯЕТСЯ РЕШЕНИЕ «ОСНОВНОГО ВОПРОСА» МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ — ВОПРОСА ОБ ОТНОШЕНИИ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА. КАК ИЗВЕСТНО, ПАТЕРНАЛИЗМ РАБОТАЛ В РЕЖИМЕ НЕОСПОРИМОГО ПРИОРИТЕТА ИЛИ «ПЕРВИЧНОСТИ» АВТОРИТЕТА ВРАЧА. СЕГОДНЯ ЖЕ ОСТРО СТОИТ ВОПРОС ОБ УЧАСТИИ БОЛЬНОГО В ПРИНЯТИИ ВРАЧЕБНОГО РЕШЕНИЯ...

И.В. Силюянова, зав. кафедрой биомедицинской этики РГМУ

Медицинская этика в современной России

Статья 62 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан¹, принятых в 1993 г., закрепила основные полномочия профессиональных медицинских и фармацевтических ассоциаций и установила их право принимать участие в разработке норм медицинской этики и решении вопросов, связанных с нарушением этих норм.

С этого времени определение места этических норм в системе медицинского права приобрело большое значение. Стало понятно, что законодательство, формируемое исключительно органами государственной власти, не может объять необъятное.

Важно ➤ Отметим, что государство, поощряя регулирование социальных отно-

шений с помощью этических кодексов, создает условия для развития саморегулирования целых отраслей экономики. В область публичного управления вовлекаются новые субъекты – общественные институты, уполномоченные на принятие обязательных нормативных актов ■

При этом, с одной стороны, происходит некая «приватизация» государственной власти, а с другой – расширяется доступ граждан к осуществлению власти, уменьшается основа для коррупции.

Возрастание роли этики характерно не только для медицинской деятельности.

Эта тенденция стала в целом актуальной в свете административной реформы, старт которой был задан в Послании Президента России Федеральному Собранию РФ на 2003 г., а практическая реализация началась с издания Указа Президента РФ от 23.07.2003 № 824 «О мерах по проведе-

¹ Ведомости Съезда народных депутатов РФ и Верховного Совета РФ. 1993. № 33. Ст. 1318.

Оценка рисков



НЕОПРЕДЕЛЕННОСТЬ ПОНЯТИЙ «ЭТИКА» И «ДЕОНТОЛОГИЯ», ИСПОЛЬЗУЕМЫХ В ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВЕ ОБ ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН



АКТИВНОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ НОРМОТВОРЧЕСТВО ПО ВОПРОСАМ ЭТИКИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ ПРИ ОТСУТСТВИИ ИХ РЕГУЛИРОВАНИЯ НА ФЕДЕРАЛЬНОМ УРОВНЕ



ПРИНЯТИЕ РАЗЛИЧНЫМИ ОБЩЕСТВЕННЫМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ МНОЖЕСТВА ДОКУМЕНТОВ, УСТАНОВЛИВАЮЩИХ ОТДЕЛЬНЫЕ ЭТИЧЕСКИЕ НОРМЫ ДЛЯ МЕДРАБОТНИКОВ ОПРЕДЕЛЕННЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

нию административной реформы в 2003–2004 годах»¹.

Основные положения Указа № 824 легли в основу нормативных документов, определяющих направление развития административной реформы в России в дальнейшем.

Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»² (далее – Закон об основах охраны здоровья граждан) расширил применение этических норм в регулировании профессиональной деятельности.

Статья 6 закрепила положение о том, что приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи реализуется в т. ч. путем соблюдения этических и моральных норм, а также уважительного и гуманного отношения со стороны медицинских работников и иных работников медицинской организации.

Важно ➤ Статья 73, определяя обязанности медицинских и фармацевтических работников, установила, что они осуществляют свою деятельность в соответствии с законодательством РФ, руководствуясь принципами медицинской этики и деонтологии ■

Однако ст. 76, посвященная статусу профессиональных некоммерческих организаций, создаваемых медицинскими и фармацевтическими работниками, утратила положения, аналогичные ст. 62 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан. Осталось только не очень конкретное указание на то, что профессиональные некоммерческие организации могут в установленном законодательством РФ порядке принимать участие в разработке норм и правил в сфере охраны здоровья и в решении вопросов, связанных с нарушением этих норм и правил.

Очевидно, что распространение данного правила на этические документы будет расширительным толкованием. Кроме того, «установленного законодательством РФ порядка» пока не существует.

«Этика» и «деонтология»

Отметим общие претензии к законодательным дефинициям.

Во-первых, ст. 6 Закона об основах охраны здоровья граждан, делая крен в сторону морали и этики, почему-то не содержит положений о юридических нормах, гарантированных к исполнению государством. Будем считать это недочетом разработчиков, который компенсируется общим принципом соблюдения Конституции и законов РФ.

Во-вторых, ч. 1 ст. 73 Закона об основах охраны здоровья граждан, закрепляя обязанности медицинских работников, использует неудачный прием, объединяя руководство и медицинской этикой, и деонтологией. Как отмечалось выше, медицинская этика и деонтология противопоставлялись в советскую эпоху, в которую проводилось отрицание любой профессиональной этики.

Разделение терминов «этика» и «деонтология» – продукт советского прошлого. Сочетание же их в том виде, как это сделано в Законе об основах охраны здоровья граждан, – некий компромисс «старого» и «нового» взгляда на моральную сторону поведения врача, который представляется излишним.

Деонтология и этика не находятся в антагонистическом противоречии, но использование обоих терминов будет путать специалистов: чем одно отличается от другого, что первично, что вторично³.

Например, по мнению Н.Н. Седовой, «этика состоит из двух частей: аксиологии и деонтологии, поэтому выражение “этики

¹ Собрание законодательства РФ. 2003. № 30. Ст. 3046.

² Собрание законодательства РФ. 2004. № 31. Ст. 3215.

³ См.: Романовский Г.Б. Обязанности медицинских работников // Медицинское право. 2014. № 4.

и деонтологии” некорректно, его можно расшифровать как “аксиологии, деонтологии и деонтологии”. Странно, что соотношение понятий “этика” и “деонтология” авторам проекта Закона не было известно. Подобные терминологические казусы ясно показывают, что этические знания не были востребованы при подготовке Закона»¹.

Добавим, что зарубежный опыт и международные документы чаще всего используют термин «этика» при внеправовой оценке деятельности врача.

Термин «биоэтика»

Необходимо обратить внимание на то, что Закон об основах охраны здоровья граждан не использует термин «биоэтика». Выглядит это нелогичным.

Во-первых, данный раздел науки активно развивается во всем мире.

Во-вторых, в федеральных государственных образовательных стандартах высшего профессионального образования по медицинскому направлению подготовки (специальности) именно биоэтика выступает как обязательный для изучения предмет.

Достаточно обратиться к содержанию стандартов: «060101 Лечебное дело (квалификация (степень) “специалист”»², «060201 Стоматология (квалификация (степень) “специалист”»³, «060103 Педиатрия (квалификация (степень) “специалист”»⁴, «060105 Медико-профилактическое дело (квалификация (степень) “специалист”»⁵, «060601 Медицинская биохимия (квалификация (степень)

“специалист”»⁶ и др. Высказывается мнение о формировании биомедицинского права⁷.

В медицинских вузах создаются специализированные кафедры, в названии которых рука об руку идут биоэтика и медицинское право. Студент будет получать знания по биоэтике и по медицинскому праву, а затем, приступив к самостоятельной профессиональной деятельности, обнаружит, что эти понятия совершенно различны.

Этические кодексы врача РФ

Закон об основах охраны здоровья граждан не определяет, кто именно формирует правила медицинской этики. В настоящее время приняты различные документы, имеющие этическую направленность. К таковым относятся:

- Этический кодекс российского врача, утвержден 4-й Конференцией Ассоциации врачей России (11.1994);
- Кодекс врачебной этики, одобрен III (XIX) Всероссийским Пироговским съездом врачей (07.06.1997);
- Медико-социальная хартия РФ, принята IV (XX) Всероссийским Пироговским съездом врачей (16.04.2004);
- Конвенция о правах и обязанностях врачей в РФ, принята V (XXI) Всероссийским Пироговским съездом врачей (16.04.2004);
- Кодекс профессиональной этики врача Российской Федерации, утвержден Первым национальным съездом врачей РФ (05.10.2012).

Есть и иные этические кодексы врача, принятые в рамках врачебной специализации. Например, Профессиональной ассоциацией андрологов России утвержден такой этический кодекс в виде клятвы.

¹ Седова Н.Н. Кому помешали этические комитеты? // Медицинское право. 2012. № 1.

² Приказ Минобрнауки России от 08.11.2010 № 1118 // Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. 2011. № 7.

³ Приказ Минобрнауки России от 14.01.2011 № 16 // Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. 2011. № 21.

⁴ Приказ Минобрнауки России от 08.11.2010 № 1122 // Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. 2011. № 7.

⁵ Приказ Минобрнауки России от 12 августа 2010 г. № 847 // Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. 2010. № 41.

⁶ Приказ Минобрнауки России от 0.11.2010 № 1120 // Бюллетень нормативных актов федеральных органов исполнительной власти. 2011. № 7.

⁷ См.: Сергеев Ю.Д. Биомедицинское право России // Медицинское право. 2006. № 4.

Есть Кодекс этики врачей Рунета¹. Стоматологической ассоциацией России утверждён Этический кодекс специалистов стоматологического профиля².

Отметим, что существуют различные модели утверждения этических правил.

Так, ст. 36 Федерального закона от 24.07.2002 № 111-ФЗ «Об инвестировании средств для финансирования накопительной части трудовой пенсии в Российской Федерации»³ обозначает кодекс профессиональной этики как нормативный акт. Кодексы профессиональной этики принимаются управляющими компаниями, брокерами, специализированным депозитарием на основе типового кодекса профессиональной этики, утверждаемого Правительством РФ (с 01.09.2013 – Центральным банком России).

В законе определены его цели и структура, требования к содержанию (должен включать в себя свод правил и процедур, обязательных к соблюдению всеми должностными лицами и сотрудниками соответствующих организаций, а также санкций, применяемых к нарушителям за их неисполнение).

Типовой кодекс профессиональной этики управляющих компаний, специализированного депозитария, брокеров, осуществляющих деятельность, связанную с формированием и инвестированием средств пенсионных накоплений утверждён постановлением Правительства РФ от 12.12.2004 № 770⁴ (предполагается, что будет утверждён новый кодекс Центральным банком России).

Особо следует выделить Кодекс судебской этики, который утверждён VIII Всероссийским съездом судей 19.12.2012. Всероссийский съезд судей – высший орган судебского сообщества. Он создан в соот-

ветствии с Федеральным конституционным законом от 31.12.1996 № 1-ФКЗ «О судебной системе Российской Федерации»⁵ (ст. 29) и Федеральным законом от 14.03.2002 № 30-ФЗ «Об органах судейского сообщества в Российской Федерации»⁶.

Вопрос об органах судейского сообщества не считается до конца решённым⁷. Эти органы имеют специальное предназначение – выражение интересов судей как носителей судебной власти. Они созданы в целях обеспечения независимости судей.

В системе государственной службы этические кодексы утверждаются центральным органом государственной власти. Так, в настоящее время действуют:

- Этический кодекс государственных гражданских служащих Федеральной антимонопольной службы (утверждён приказом ФАС России от 25.02.2011 № 139);
- Кодекс этики и служебного поведения федеральных государственных гражданских служащих Министерства финансов РФ (утверждён приказом Минфина России от 17.04.2014 № 115);
- Кодекс этики прокурорского работника РФ (утверждён приказом Генпрокуратуры РФ от 17.03.2010 № 114) и др.

Подобный порядок утверждения «приглянулся» и региональным органам управления здравоохранением.

В Калужской области утверждены Кодекс профессиональной этики врача Калужской области и Корпоративные стандарты профессионального поведения персонала медицинского учреждения⁸.

Определены характеристики указанных нормативных актов. Первый «является документом, определяющим совокупность этических норм и принципов поведения медицинского работника при оказании квалифицированной, доступной и свое-

¹ http://team-med.ru/o_centre/kodeks_ietiki_vrachej

² <http://stomum.ru/articles/kodeks-stomatologa/eticheskij-kodeks-spetsialistov-stomatologicheskogo-profilija>

³ Собрание законодательства РФ. 2002. № 30. Ст. 3028.

⁴ Собрание законодательства РФ. 2004. № 51. Ст. 5185.

⁵ Собрание законодательства РФ. 1997. № 1. Ст. 1.

⁶ Собрание законодательства РФ. 2002. № 11. Ст. 1022.

⁷ Романовская О.В. Нотариальная палата и органы судейского сообщества: сравнительная характеристика // Нотариус. 2000. № 6. С. 35–40.

⁸ Минздрав Калужской области / <http://www.admobikaluga.ru/sub/health/NORM/>

временной медико-профилактической помощи населению в Калужской области». Цель второго – «обеспечить условия для решения возникающих проблем и укрепления конструктивно-деловых отношений между сотрудниками учреждения, профилактика конфликтов в учреждении, поддержание благоприятной деловой атмосферы».

В Ульяновской области утвержден Кодекс профессиональной этики медицинского работника здравоохранения Ульяновской области¹. Обозначено, что пересмотр и толкование отдельных положений настоящего Кодекса осуществляется министерством здравоохранения Ульяновской области с учетом предложений профсоюза работников здравоохранения области, Ассоциации врачей Ульяновской области и Ульяновской региональной общественной организации средних медицинских работников.

Для обсуждения представлен Кодекс профессиональной этики медицинского работника Самарской области². Предполагается, что пересмотр и толкование отдельных положений настоящего Кодекса осуществляется Коллегией министерства здравоохранения и социального развития Самарской области с учетом предложений комиссии по медицинской этике при министерстве здравоохранения и социального развития Самарской области, профессиональных Ассоциаций медицинских работников и медицинских общественных объединений.

Модели формирования этических правил

Таким образом, возможны различные модели формирования этических правил поведения:

- утверждение профессиональным сообществом (при этом создаются дополнительные трудности определения выразителя интересов всего профессионального сообщества);
- утверждение типового положения центральным органом государственной власти, на основе которого профессиональными ассоциациями принимаются конкретные кодексы;
- утверждение центральным органом государственной власти, в рамках которого допускается согласование (учет мнения) с профессиональным сообществом.

Важно » Наше государство является федеративным, поэтому возможно нормотворчество на уровне региональных органов государственной власти, а значит, возможно перераспределение полномочий внутри вертикали: типовое положение утверждается Минздравом России, на основе которого минздравами регионов принимаются «свои» кодексы профессиональной этики ■

Возможен и иной вариант, когда каждая медицинская организация принимает свой этический кодекс.

Следует также учитывать, что в России пока нет единой профессиональной ассоциации, объединяющей всех врачей нашего государства. В настоящее время только на федеральном уровне действуют: Общероссийская общественная организация «Российская ассоциация ультразвуковой диагностики в медицине», Стоматологическая ассоциация России, Общероссийская общественная организация «Общество специалистов по сердечной недостаточности», Общественная организация «Всероссийское научное общество кардиологов» и многие другие.

¹ <http://www.med.ulgov.ru/informasiya/3512/>

² http://minzdrav.samregion.ru/ministry/commission_on_medical_ethics/draft-code-of-professional-ethics-of-medical-worker-samara-region.html

(Продолжение следует)

Роль фельдшера при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения¹

Ключевые слова диспансерное наблюдение, фельдшер – помощник участкового терапевта

О.Ю. Кутумова,
канд. мед. наук,
доцент, врач-
организатор
здравоохранения
высшей квалифика-
ционной категории,
главный врач

Г.В. Матюшина,
руководитель
сектора отдела
отраслевого
планирования
и нормирования
труда

КГБУЗ «Краснояр-
ский краевой Центр
медицинской
профилактики»
(ККЦМП)

 Написать автору
WWW.ZDRAV.RU

ОДНИМ ИЗ ПРИОРИТЕТНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СОВРЕМЕННОГО ПЕРИОДА ЯВЛЯЕТСЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ГРУПП ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ.

ОТЛИЧИТЕЛЬНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ ПРОВОДИМОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ УЧАСТКОВЫЙ ПРИНЦИП ЕЕ ОРГАНИЗАЦИИ И СКРИНИНГ, ПРОВОДИМЫЙ С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПРИЗНАКОВ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ФАКТОРОВ РИСКА ИХ РАЗВИТИЯ.

КАЧЕСТВЕННО ОСУЩЕСТВИТЬ СКРИНИНГ НЕВОЗМОЖНО БЕЗ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО НАБОРА ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ И ЛАБОРАТОРНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЙ, ПОЗВОЛЯЮЩИХ ПОВЫСИТЬ ВЕРОЯТНОСТЬ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИХСЯ ДЛЯ ДАННОГО ПОЛА И ВОЗРАСТА ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.

Необходимо отметить, что реалиями современного периода развития отечественного здравоохранения является дефицит врачебных кадров, особенно врачей первичного звена здравоохранения – участковых терапевтов, что для проведения качественной диспансеризации имеет существенное значение. По данным ЦНИИОИЗ (Москва, 2013) обеспеченность врачами-терапевтами в Сибирском федеральном округе (далее – СФО) составляет 4,9 на 10 тыс. населения, такая же обеспеченность в Красноярском крае и г. Красноярске. При этом укомплектованность врачами-терапевтами в СФО составляет 72%, в Красноярском крае – 65%, а в г. Красноярске – 63,4% из них участковыми – 65%.

Низкая укомплектованность врачами-терапевтами приводит к повышению нагрузки на врача и снижению качества его работы, что ведет к ухудшению медико-демографических показателей.

При этом роль средних медицинских работников – фельдшеров – возрастает в связи с внедрением нового Порядка прове-

¹ Об опыте внедрения в Красноярском крае пилотного проекта «Фельдшер – помощник врача по организации профилактики хронических неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни».

ЗНАЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР, ФЕЛЬДШЕРОВ, АКУШЕРОВ, – ЯВЛЯЕТСЯ ЧРЕЗВЫЧАЙНО ВАЖНЫМ В РЕАЛИЗАЦИИ СТРАТЕГИИ УЛУЧШЕНИЯ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И УВЕЛИЧЕНИЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ. ОСОБЕННО ЭТО КАСАЕТСЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ.

В.М. Князевич, канд. мед. наук, Заслуженный врач Украины

дения диспансеризации определенных групп взрослого населения, особенно, его первого этапа (скрининга).

Пилотный проект «Фельдшер – помощник врача»

Сложившаяся ситуация послужила причиной для разработки министерством здравоохранения Красноярского края пилотного проекта «Фельдшер – помощник врача по организации профилактики хронических неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни».

Принимая во внимание приказы Минздрава России: от 03.12.2012 № 1006н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения», от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению», а также приказ Минздравсоцра-

зрения России от 23.06.2010 № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» и от 23.03.2012 № 252н «Об утверждении Порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты», были подготовлены «Требования к организации профилактики хронических неинфекционных заболеваний и прове-

Оценка рисков



ДЕФИЦИТ ВРАЧЕБНЫХ КАДРОВ, ОСОБЕННО ВРАЧЕЙ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ – УЧАСТКОВЫХ ТЕРАПЕВТОВ



ПОВЫШЕНИЕ НАГРУЗКИ НА ВРАЧА И СНИЖЕНИЕ КАЧЕСТВА ЕГО РАБОТЫ ИЗ-ЗА НИЗКОЙ УКОМПЛЕКТОВАННОСТИ ВРАЧАМИ-ТЕРАПЕВТАМИ



ПОЯВЛЕНИЕ СПЕЦИАЛИСТА С НОВЫМИ КВАЛИФИКАЦИОННЫМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ (ФЕЛЬДШЕРА – ПОМОЩНИКА ВРАЧА) ПОТРЕБУЕТ СПЕЦИАЛЬНОЙ МНОГООУПЕЧЕНЧАТОЙ ПОДГОТОВКИ

дению мероприятий по формированию здорового образа жизни фельдшером – помощником врача в медицинских организациях Красноярского края».

Функции и квалификационные требования

В соответствии с данным документом должность фельдшера – помощника врача по организации профилактики хронических неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни (далее – помощник врача), создается в медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в составе отделения медицинской профилактики.

Важно ➤ Основными квалификационными требованиями помощника врача определены: осуществление лечебно-профилактической помощи населению; диагностика типичных случаев наиболее часто встречающихся заболеваний и назначение лечения, используя при этом современные методы терапии и профилактики заболеваний, организация и проведение диспансерных осмотров и диспансерного наблюдения за различными группами, в т. ч. за пациентами, страдающими хроническими заболеваниями; ведение медицинской учетно-отчетной документации и проведение санитарно-просветительской работы среди больных и их родственников по укреплению здоровья и профилактике заболеваний, пропаганде здорового образа жизни ■

При этом основными функциями помощника врача являются:

- выявление и коррекция основных факторов риска развития неинфекционных заболеваний на основе реализации стандартов амбулаторной медицинской помощи (проведение антропометрии, измерение артериального и внутриглазного давления,

температуры тела, остроты зрения и слуха, других диагностических манипуляций);

- участие в организации и проведении 1 этапа диспансеризации и профилактических медицинских осмотров граждан, прикрепленных на медицинское обслуживание;
- участие в организации и проведении диспансерного наблюдения больных ХНИЗ и лиц с высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний в т. ч. сбор жалоб и анамнеза, проведение физикального обследования и оценка состояния пациента, оценка лабораторных и инструментальных исследований; установление или уточнение диагноза заболевания (состояния); назначение по медицинским показаниям профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий, разъяснение гражданину с высоким риском развития угрожающего жизни заболевания (состояния) или его осложнения, а также лицам, совместно с ним проживающим, правил действий при их развитии и необходимости;
- проведение краткого/углубленного профилактического консультирования и осуществление мероприятий по информированию и мотивированию населения к ведению ЗОЖ.

Для успешной работы специалиста разработан табель оснащения кабинета помощника врача, включающий основной набор скрининг-оборудования.

Было определено, что пациент может попасть на прием к помощнику врача в следующих случаях:

- для прохождения медицинского или диспансерного осмотра (1 этап);
- для динамического наблюдения по поводу высокого или очень высокого сердечно-сосудистого риска (наличие двух и более факторов риска), пациент 2-й группы здоровья либо наличие ХНИЗ, пациент 3-й группы здоровья;

Таблица 1

Табель оснащения кабинета фельдшера – помощника врача

Тонометр, фонендоскоп	1
Экспресс-анализатор для определения общего холестерина в крови с тест-полосками	1
Экспресс-анализатор для определения глюкозы в крови с тест-полосками	1
Анализатор окиси углерода выдыхаемого воздуха с определением карбоксигемоглобина (смокелайзер)	1
Спирометр (портативный с одноразовыми мундштуками)	1
Весы	1
Ростомер	1
Секундомер	1
Комплект оборудования для наглядной пропаганды здорового образа жизни, наглядные пособия для работы школ здоровья (пирамида питания, учебные фантомы: для обучения реанимации, сердце, молочная железа и т. п.)	1
Электрокардиограф 3- или 6-канальный	1
Лента сантиметровая	1
Экспресс-анализатор кардиомаркеров портативный	1
Тонометр параветребральный для измерения внутриглазного давления	1

- для проведения (краткого) и углубленного профилактического консультирования, проведение школ здоровья для лиц с факторами риска или ХНИЗ.

Пациенты, подлежащие прохождению медицинского или диспансерного осмотра в текущем году, приглашаются участковыми медицинскими сестрами по плану-графику в кабинет к помощнику врача, минуя регистратуру. Фельдшер проводит 1 этап – скрининг, включающий анкетирование (если пациент не принес заполненную анкету с собой), антропометрию, взвешивание, измерение артериального давления, тонометрию, определение уровня глюкозы и холестерина крови, электрокардиографию, определение относительного или суммарного сердечно-сосудистого риска, а также формирование последующего маршрута пациента.

По завершении первого этапа диспансеризации помощник врача проводит краткое профилактическое консультирование и дает рекомендации пациенту либо начать второй этап диспансеризации, либо встать на диспансерный учет как пациент, имеющий высокий сердечно-сосудистый риск, или приглашается для диспансерного осмотра в следующем году.

После прохождения второго этапа диспансеризации пациент вновь попадает к фельдшеру – помощнику врача для проведения углубленного профилактического консультирования. Для более эффективной работы целесообразно объединить усилия нескольких специалистов и закрепить за каждым темы углубленного профилактического консультирования: профилактика артериальной гипертонии и ее осложнений, профилактика ИБС, ЦВЗ, СД 2-го типа, бронхиальной астмы, ХОБЛ и др.

После того как врач-терапевт по результатам диспансеризации поставит пациенту диагноз ХНИЗ и определит группу диспансерного наблюдения, часть пациентов с неосложненным течением заболевания врач передает фельдшеру – помощнику врача для наблюдения.

Было выбрано несколько хронических заболеваний для наблюдения фельдшером – помощником врача:

- стенокардия напряжения I-II ФК со стабильным течением;
- инсулиннезависимый сахарный диабет (2-й тип);
- ХОБЛ нетяжелого течения без осложнений, в стабильном состоянии;
- бронхиальная астма (контролируемая на фоне приема лекарственных препаратов);
- артериальная гипертония 1–2-й степени у лиц с контролируемым АД на фоне приема гипотензивных лекарственных препаратов;
- пациенты без ХНИЗ с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском.

Нормы нагрузки и структура рабочего времени

Для эффективной организации работы были сформированы нормы нагрузки и структура рабочего времени фельдшера – помощника врача.

Исходили из того, что у специалиста 36-часовая рабочая неделя (1771,2 ч), а с учетом дней основного и дополнительного отпусков, дней специализации (повышение квалификации 30/5) – (403,2 ч), 1368,0 ч.

Структура рабочего времени складывается следующим образом: 35% – проведение медицинских и диспансерных осмотров (1-й этап) – 478,8 ч; 15% – проведение углубленного профилактического консультирования – 205,2 ч; 40% – проведение динамического наблюдения – 547,2 ч; 7% – ведение медицинской документации – 95,8 ч и 3% – непроизводительные затраты – 41,0 ч в год.

Фельдшеру – помощнику врача участковые терапевты передают для курации 1300 пациентов, в т. ч. под диспансерное наблюдение по 300 пациентов с неосложненным течением заболеваний с каждого

из трех терапевтических участков, итого 900 человек. Кроме того, примерно 400 пациентов с факторами риска.

Для приема пациентов с целью диспансерного наблюдения предполагается 26 мин (547,2 ч × 60 мин : 26 мин = 1263 пациента).

Для приема пациентов с целью проведения медицинского осмотра или 1-го этапа диспансеризации – 40 мин (в соответствии с хронометражем времени (табл. 2)), (478,8 ч × 60 мин : 40 = 718 пациентов).

Для приема пациента с целью проведения углубленного профилактического консультирования предполагается 45 мин (205,2 ч × 60 мин : 45 = 274 пациента).

Для ведения медицинской документации отводится – 95,8 ч в год. Непроизводительные затраты составят – 41,0 ч в год.

Структура рабочего времени может меняться с учетом сложившихся условий в медицинской организации.

Важно » С помощником врача медицинской организацией заключается эффективный контракт. В качестве основных показателей эффективности работы

Таблица 2

Ориентировочный хронометраж времени проведения 1-го этапа диспансеризации фельдшером – помощником врача

Наименование услуги	Количество	Время (мин)
Измерение массы тела	1	1
Измерение роста	1	1
Исследование пульса	1	2
Измерение артериального давления (дважды)	1	5
Взятие крови из пальца	1	2
Экспресс-анализ уровня глюкозы в крови	1	1
Экспресс анализ уровня общего холестерина	1	3
Экспресс оценка состояния сердца по ЭКГ сигналам от конечностей (электрокардиография)	1	7
Опрос пациента	1	7
Формирование маршрута пациента	1	3
Оценка относительного и/или абсолютного сердечно-сосудистого риска	1	5
Итого:		40 мин

предложено использовать следующие: сокращение количества вызовов скорой и неотложной помощи диспансерному пациенту; сокращение числа госпитализаций пациентами диспансерной группы; количество пациентов перешедших из группы высокого и очень высокого сердечно-сосудистого риска в группу среднего и низкого сердечно-сосудистого риска ■

Появление специалиста с новыми квалификационными характеристиками потребует специальной подготовки. Для этих целей разработана рабочая программа пилотного проекта квалификационной практики – моно-практики по специальности 060101 Лечебное дело (повышенный уровень среднего профессионального образования).

Данный вид практики прошли 16 студентов 5 курса краевого государственного бюджетного образовательного учреждения среднего профессионального образования «Красноярский базовый медицинский колледж им. В.М. Крутовского» на базе 5 крупных поликлиник г. Красноярска.

Согласно сведениям о предварительном трудоустройстве планируют работать в этих же медицинских учреждениях 15 специалистов.

Проект рассчитан на 3 года: 1-й этап – подготовительный (2014 год), 2-й этап – основной (2015 г.), 3-й этап – завершающий (2016 г.).

Протоколом выездного совещания министерства здравоохранения Красноярского края по вопросам организации первичной медико-санитарной помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях г. Красноярска от 10.06.2014 руководителям учреждений здравоохранения поручено назначить ответственных лиц за внедрение и реализацию данного проекта.

ПРИВЛЕЧЕНИЕ СПЕЦИАЛИСТОВ СРЕДНЕГО ЗВЕНА К ВЫПОЛНЕНИЮ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПОЗВОЛИТ РАЗГРУЗИТЬ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА И ПЕРЕВЕСТИ ЕГО ИЗ РАЗРЯДА «ДИСПЕТЧЕРА» В РАЗРЯД ВРАЧА – КОНСУЛЬТАНТА, А ТАКЖЕ ПОВЫСИТ СТАТУС ФЕЛЬДШЕРА.

Список литературы

1. *Андреева И.Л.* Стратегические направления кадровой политики в условиях модернизации системы здравоохранения // Социальные аспекты здоровья населения [Электронный научный журнал]. 2010. Том 13. № 1. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/165/30/lang,ru/>.

2. Состояние и перспективы развития кадрового потенциала системы здравоохранения / *Михайлова Ю.В., Сон И.М., Сохов С.Т., Данилова Н.В., Шестаков М.Г., Сасуна Н.С., Тахтарова Ю.Н.* // Здравоохранение Российской Федерации. 2008. № 1. С. 52–54.

3. Стратегические задачи и технологические решения в обеспечении системы здравоохранения кадровыми ресурсами / *Сохов С.Т., Данилова Н.В., Сковердяк Л.А., Армашевская О.В., Артюхов А.С., Миронова Н.Н., Огрызко Е.В., Лопачов К.В., Тахтарова Ю.Н.* / Сб. научн. трудов ФГУ ЦНИИО-ИЗ Росздрава «Новые технологии в современном здравоохранении. Том 2. М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2007. С. 118–122.

4. *Двойников С.И., Кузнецов А.И., Кичатова Е.Ю.* Подготовка сестринского персонала для оказания первичной медико-санитарной помощи населению // Главная медицинская сестра. 2000. № 3. С. 12–14.

5. *Какорина Е.П.* Организация сестринской помощи: перспективы развития // Главная медицинская сестра. 2005. № 12. С. 13–16.

6. *Крошнин С.М., Романова Е.В., Скворцова Е.С.* Средства гигиенического воспитания населения в профилактической деятельности ЛПУ // Главврач. 2003. № 1. С. 28–30.

Материальная помощь работнику: налоговые последствия¹

Ключевые слова материальная помощь работнику

Е.В. Васильева,
налоговый консультант
ЗАО «Линк»



Написать автору
WWW.ZDRAV.RU

ВОПРОСЫ ОКАЗАНИЯ МАТЕРИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ РЕГУЛИРУЮТСЯ В ОСНОВНОМ НА ЛОКАЛЬНОМ УРОВНЕ – В ТРУДОВЫХ, КОЛЛЕКТИВНЫХ ДОГОВОРАХ ИЛИ НОРМАТИВНЫХ ПРАВОВЫХ АКТАХ РАБОТОДАТЕЛЯ.

ПРИ СОСТАВЛЕНИИ ПОДОБНОГО ДОКУМЕНТА РАБОТОДАТЕЛЬ ДОЛЖЕН РУКОВОДСТВОВАТЬСЯ ОБЩИМИ ПРИНЦИПАМИ ТРУДОВОГО ПРАВА И ТРЕБОВАНИЯМИ НАЛОГОВОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА, ПОСКОЛЬКУ ПОЛУЧЕНИЕ И ВЫПЛАТА МАТЕРИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ВЛЕКУТ СЕРЬЕЗНЫЕ ФИНАНСОВЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ.

КАК ПРОВЕСТИ ВЫПЛАТЫ, ЧТОБЫ ИЗБЕЖАТЬ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ НАЛОГОВОЙ НАГРУЗКИ НА РАБОТНИКА? И КАК РАБОТОДАТЕЛЮ ОБЕЗОПАСИТЬ СЕБЯ ОТ ПРЕТЕНЗИЙ НАЛОГОВЫХ ОРГАНОВ? ОТВЕТЫ НА ЭТИ И ДРУГИЕ ВОПРОСЫ БУДУТ ДАНЫ В СТАТЬЕ.

Налоговые последствия для работника

По общему правилу суммы материальной помощи в пределах 4000 руб. за налоговый период (календарный год), оказываемой работодателем своим работникам, нынешним и бывшим, уволившимся в связи с выходом на пенсию по инвалидности или по возрасту, не облагаются налогом на доходы физических лиц (абз. 4 п. 28 ст. 217 Налогового кодекса РФ). При этом норма абз. 4 п. 28 ст. 217 НК РФ не содержит ограничений в отношении целей такой материальной помощи и периодичности ее выплаты (письмо Минфина России от 22.10.2013 № 03-03-06/4/44144).

Согласно п. 8 ст. 217 НК РФ от обложения НДФЛ освобождены суммы единовременной материальной помощи, оказываемой:

1) налогоплательщикам в связи со стихийным бедствием или другим чрезвычайным обстоятельством, а также налогоплательщикам – членам семей лиц, погибших в результате стихийных бедствий или других чрезвычайных обстоятельств, независимо от источника выплаты;

¹ О том, какие выплаты являются материальной помощью, как определить основания для их начисления и размеры, см. «Здравоохранение». 2014. № 8. С. 58–63.

2) работодателем – членам семьи умершего работника, вышедшего на пенсию сотрудника; работникам, в том числе бывшим, в связи со смертью членов их семей;

3) налогоплательщикам, пострадавшим от террористических актов на территории РФ, или являющимся членами семей лиц, погибших в результате террористических актов на территории РФ, независимо от источника выплаты;

4) работодателем – работникам (родителям, усыновителям, опекунам) при рождении (усыновлении, удочерении) ребенка, если матпомощь выплачивается в течение первого года после рождения (усыновления, удочерения) в пределах 50 000 руб. на каждого ребенка.

Важно ➤ Суммы материальной помощи, перечисленные в ст. 217 НК РФ, не облагаются НДФЛ независимо от того, является их получатель налоговым резидентом или нет (письмо Минфина России от 18.06.2010 № 03-04-06/6-125) ■

Налоговыми резидентами РФ признаются физические лица, фактически находящиеся в России на дату получения дохода не менее 183 календарных дней в течение 12 следующих подряд месяцев (п. 2 ст. 207 НК РФ).

Во всех остальных случаях материальная помощь работникам облагается НДФЛ на общих основаниях по ставке 13% – для налоговых резидентов РФ и по ставке 30% – для налоговых нерезидентов РФ (пп. 1, 3 ст. 224 НК РФ).

По случаю рождения ребенка работникам-супругам будет оказана материальная помощь. Нужно ли удерживать с этих сумм НДФЛ?

Суммы материальной помощи, выплаченной двум сотрудникам (матери и отцу ребенка), работающим в одной организации, по случаю рождения ребенка, не облагаются НДФЛ в пределах 50 000 руб. на

обоих родителей. Этот лимит можно распределить между супругами или же не удерживать налог со всей суммы только у одного (по их выбору) (абз. 7 п. 8 ст. 217 НК РФ, письма Минфина России от 26.12.2012 № 03-04-06/6-367, от 21.02.2011 № 03-04-06/9-36, письмо ФНС России от 02.04.2013 № ЕД-17-3/36@).

Если родители, работающие в одной организации, в связи с рождением ребенка получают материальную помощь на общую сумму 50 000 руб., освобождение от НДФЛ осуществляется на основании заявления, подписанного обоими супругами.

Облагается ли НДФЛ материальная помощь, оказываемая членам семьи работника? И кто относится к членам семьи в целях налогового законодательства?

Согласно п. 8 ст. 217 НК РФ не облагаются НДФЛ суммы единовременной материальной помощи, оказываемой работодателем членам семьи умершего работника или работнику в связи со смертью члена (членов) его семьи.

Отметим, что НК РФ не конкретизирует понятие «члены семьи» работника. На основании ст. 2 Семейного кодекса РФ к членам семьи относятся лишь супруги, родители и дети (усыновители и усыновленные) (письма Минфина России от 03.08.2006 № 03-05-01-04/234, Минтруда России от 05.12.2012 № 17-3/954). Так, согласно СК РФ родители супруга (супруги) не являются членами семьи работника.

Соответственно, материальная помощь, выплаченная в пользу лица, не упомянутого в ст. 2 СК РФ, подлежит налогообложению на общих основаниях. То есть с суммы материальной помощи (независимо от ее размера) нужно исчислить и удержать НДФЛ и подать в налоговый орган сведения о доходах физического лица по форме 2-НДФЛ, утв. приказом ФНС России от 17.11.2010 № ММВ-7-3/611@ (п. 1 ст. 210, п. 1 ст. 226, п. 2 ст. 230 НК РФ).

Работнику в связи с ограблением была оказана материальная помощь. Основанием для ее выплаты стали заявление работника и справка органов внутренних дел. Облагается ли такая выплата НДФЛ?

Если организация выплачивает сотруднику единовременную материальную помощь в связи с кражей личного имущества, подтверждаемой справкой органов внутренних дел, такая выплата облагается НДФЛ в общеустановленном порядке.

Законодательство не относит кражу к стихийному бедствию или другому чрезвычайному обстоятельству, в связи с которым сумма единовременной выплаты пострадавшему не облагается НДФЛ (п. 8 ст. 217 НК РФ). Согласно ч. 1 ст. 158 Уголовного кодекса РФ под кражей понимается тайное хищение чужого имущества. При этом ни УК РФ, ни другие нормативные правовые акты не относят кражу к стихийным бедствиям или другим чрезвычайным обстоятельствам.

Как мы уже отмечали, суммы единовременной материальной помощи, оказываемой в случаях, перечисленных в п. 8 ст. 217 НК РФ, освобождены от обложения НДФЛ. При этом НК РФ не раскрывает значение термина «единовременная выплата».

Проблемы из-за этого возникают, когда организация выплачивает матпомощь по частям (несколькими платежами).

Можно ли материальную помощь, проведенную несколькими платежами, рассматривать как единовременную выплату, или единовременной считается только одна из произведенных выплат?

Многочисленные разъяснения по этой проблеме даны Минфином России. Как следует из писем Минфина России от 31.10.2013 № 03-04-06/46587, от 30.05.2013 № 03-04-06/19678, от 27.08.2012 № 03-04-05/6-1006, решение о выплате установленной приказом рабо-

тодателя суммы материальной помощи (разовым или периодическими платежами) не влияет на порядок освобождения от налогообложения НДФЛ.

При этом выплаты в связи с одним и тем же событием, производимые в со-

Пример 1

Организация приняла решение о выплате материальной помощи гражданам, пострадавшим от лесных пожаров, для приобретения предметов первой необходимости. Эти мероприятия осуществлялись по разным распоряжениям: по одному сначала были выплачены небольшие суммы. Позднее по другому распоряжению тем же самым пострадавшим была оказана материальная помощь, направленная на компенсацию ущерба, причиненного их имуществу. Но выплаты в связи с одним и тем же событием, производимые в соответствии с разными распоряжениями организации, не могут рассматриваться как единовременные – таковой в данном случае признается первая выплата, а вторая облагается НДФЛ (письмо Минфина России от 22.08.2013 № 03-04-06/34374).

Пример 2

В течение года в коллективный договор были внесены изменения, повышающие размер материальной помощи при рождении ребенка. В связи с этим отдельными приказами работникам, получившим матпомощь в начале года, были произведены доплаты (в целях недопущения дискриминации). Но так как эти доплаты производились уже на основании новых приказов, их сумма должна облагаться НДФЛ в общем порядке, поскольку уже не является единовременной выплатой (письмо Минфина России от 16.08.2013 № 03-04-06/33543).

Условия предоставления материальной помощи

Ситуация с точки зрения налогообложения	Условия предоставления материальной помощи
Суммы учитываются в расходах на оплату труда (п. 2 ст. 255 НК РФ)	<p>Закреплена в трудовом и (или) коллективном договоре, локальных нормативных актах работодателя</p> <p>Выплачивается регулярно</p> <p>Носит стимулирующий характер, ее размер зависит: от показателей, характеризующих трудовую деятельность; результатов труда, оклада, стажа работника, отсутствия нарушений трудовой и производственной дисциплины</p> <p>Предоставляется в виде выплат всем работникам к ежегодному отпуску, ежемесячных выплат в целях повышения материального благосостояния и жизненного уровня и т. д.</p>
Суммы не включаются в состав расходов на оплату труда (п. 23 ст. 270 НК РФ)	<p>Может быть предусмотрена коллективным договором или локальным нормативным актом</p> <p>Производится в виде единовременных разовых выплат по различным основаниям, не связанным с выполнением трудовой функции (не зависит от квалификации работника, сложности, количества, качества и условий выполняемой работы)</p> <p>Носит социальный характер (оказывается в связи с наступлением определенных событий в жизни работников)</p> <p>Представляет собой выплаты, связанные с тяжелым материальным положением, бракосочетанием, рождением ребенка, смертью члена семьи, длительным лечением в стационаре, дорогостоящей операцией, на приобретение жилья и т. д.</p>

ответствии с разными распоряжениями работодателя, не могут рассматриваться как единовременные (пример 1).

Аналогичный подход применяется и в другой ситуации (пример 2).

Налоговые последствия для работодателя

Пунктом 23 ст. 270 НК РФ определено, что в целях налогообложения прибыли не учитываются расходы в виде сумм материальной помощи работникам.

Важно ➤ Таким образом, включить материальную помощь социального характера в состав расходов при исчислении налога на прибыль нельзя (п. 23 ст. 270 НК РФ, письма Минфина России от 27.08.2009 № 03-03-06/1/549, от 11.02.2009 № 03-03-06/1/49). И сэкономить на налоге на прибыль в размере 20% от таких выплат не получится ■

Матпомощь социального характера члену семьи работника также нельзя учесть для целей налогообложения прибыли (п. 1 ст. 252, п. 49 ст. 270 НК РФ).

А вот единовременные выплаты работникам, предусмотренные трудовым и (или) коллективным договором, носящие стимулирующий характер и связанные с выполнением трудовой функции, учитываются в составе расходов на оплату труда, уменьшающих налоговую базу по налогу на прибыль организации (ч. 1 ст. 129, ч. 2 ст. 135 ТК РФ, п. 1 ст. 252, ст. 255 НК РФ, письма Минфина России от 22.10.2013 № 03-03-06/4/44144, от 03.09.2012 № 03-03-06/1/461, от 03.07.2012 № 03-03-06/1/330, от 15.05.2012 № 03-03-10/47) (см. таблицу).

Иными словами, такие единовременные выплаты нельзя считать материальной помощью, но при правильном документальном оформлении они могут

уменьшать базу по налогу на прибыль по ст. 255 НК РФ.

В этом случае в трудовом (коллективном) договоре вместо слов «материальная помощь» лучше использовать формулировку «доплата (или единовременная выплата) к ежегодному основному оплачиваемому отпуску за добросовестное выполнение должностных обязанностей, личный вклад в повышение производительности труда и качества обслуживания клиентов, общие трудовые достижения» (письмо Минфина России от 03.09.2012 № 03-03-06/1/461).

Из самого словосочетания «материальная помощь» следует, что назначением такой выплаты является помощь работнику в сложной финансовой или жизненной ситуации. В то время как «материальная помощь к отпуску» преследует совершенно иную цель. Эту выплату можно и нужно рассматривать как стимулирующую, а не матпомощь.

Выплата матпомощи работнику в рамках трудовых отношений является объектом обложения страховыми взносами (ч. 1 ст. 7 Закона № 212-ФЗ). Однако и из этого правила есть исключения. Не облагаются страховыми взносами следующие выплаты:

1) суммы материальной помощи, оказываемой работодателями, в пределах 4000 руб. на одного работника за расчетный период (п. 11 ч. 1 ст. 9 Закона № 212-ФЗ, письма Минздравсоцразвития России от 17.05.2010 № 1212-19, от 01.03.2010 № 426-19);

2) единовременная материальная помощь, выданная физическим лицам в целях возмещения материального ущерба или вреда их здоровью, причиненного стихийным бедствием или другим чрезвычайным обстоятельством, а также пострадавшим от террористических актов на территории РФ (подп. «а» п. 3 ч. 1 ст. 9 Закона № 212-ФЗ);

3) единовременная материальная помощь, выданная работнику в связи со смертью члена (членов) его семьи (подп. «б» п. 3 ч. 1 ст. 9 Закона № 212-ФЗ);

4) единовременная материальная помощь, выданная работникам (родителям, усыновителям, опекунам) при рождении (усыновлении, удочерении) ребенка, выплачиваемая в течение первого года после рождения (усыновления, удочерения), но не более 50 000 руб. на каждого ребенка (подп. «в» п. 3 ч. 1 ст. 9 Закона № 212-ФЗ).

Во всех остальных случаях материальная помощь облагается страховыми взносами на общих основаниях с применением для большинства организаций (по общей системе налогообложения без права на пониженные тарифы) тарифа 30% с выплат в пределах ≤ 624 000 руб. (2014 г.), а с выплат > 624 000 руб. – 10% (ч. 1 ст. 58.2 Закона № 212-ФЗ, постановление Правительства РФ от 30.11.2013 № 1101 «О предельной величине базы для начисления страховых взносов в государственные внебюджетные фонды с 1 января 2014 года»).

В течение какого времени работник может обратиться с заявлением об оказании материальной помощи?

Такое заявление работник может подать в любое время. Исключение составляет помощь в связи с рождением (усыновлением или удочерением) ребенка (абз. 7 п. 8 ст. 217 НК РФ, подп. «в» п. 3 ч. 1 ст. 9 Закона № 212-ФЗ).

Поскольку в пределах 50 000 руб. такая материальная помощь НДФЛ и страховыми взносами не облагается, чтобы воспользоваться ею, работник должен подать заявление в течение первого года после указанного события. В противном случае организация должна будет удерживать НДФЛ и обложить выплату страховыми взносами.




Журнал «Экономика ЛПУ в вопросах и ответах»

Готовые ответы на ваши вопросы!

По какой статье КОСГУ следует отразить расходы казенного учреждения по сохранению среднего месячного заработка на период трудоустройства при сокращении численности учреждения?

В соответствии с Указаниями о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации, утвержденными приказом Минфина России от 01.07.2013 № 65н, на подстатью 262 «Пособия по социальной помощи населению» КОСГУ относятся расходы по социальному обеспечению населения вне рамок систем государственного пенсионного, социального, медицинского страхования.

 На подстатью 262 «Пособия по социальной помощи населению» КОСГУ относятся расходы в т. ч. на выплату работникам, гражданским служащим среднемесячного заработка на период трудоустройства при их увольнении в связи с ликвидацией либо реорганизацией учреждения, иными организационно-штатными мероприятиями, приводящими к сокращению численности или штата учреждения.

Таким образом, расходы казенного учреждения по сохранению среднего месячного заработка на период трудоустройства при сокращении численности учреждения следует отразить по подстатье 262 «Пособия по социальной помощи населению» КОСГУ.

Полностью публикацию читайте в журнале
«Экономика ЛПУ в вопросах и ответах» № 7/2014.

Реклама

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



Досрочное назначение трудовой пенсии по старости

И.С. Цветкова,
Пенсионный
фонд РФ



Написать автору
WWW.ZDRAV.RU

В публикации использованы следующие сокращенные названия:

- ТК РФ – Трудовой кодекс Российской Федерации;
- ГК РФ – Гражданский кодекс Российской Федерации;
- Закон № 173-ФЗ – Федеральный закон от 17.12.2001 № 173-ФЗ «О трудовых пенсиях в Российской Федерации»;
- Постановление № 781 – постановление Правительства РФ от 29.10.2002 № 781 «О списках работ, профессий, должностей, специальностей и учреждений, с учетом которых досрочно назначается трудовая пенсия по старости в соответствии со ст. 27 Федерального закона “О трудовых пенсиях в Российской Федерации”, и об утверждении Правил исчисления периодов работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости в соответствии со ст. 27 Федерального закона “О трудовых пенсиях в Российской Федерации”»;
- Список № 781 – Список должностей и учреждений, работа в которых засчитывается в стаж работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости лицам, осуществлявшим лечебную и иную деятельность по охране здоровья населения в учреждениях здравоохранения, в соответствии с подп. 20 п. 1 ст. 27 Федерального закона «О трудовых пенсиях в Российской Федерации» (утв. Постановлением № 781);
- Правила № 781 – Правила исчисления периодов работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости лицам, осуществлявшим лечебную и иную деятельность по охране здоровья населения в учреждениях здравоохранения, в соответствии с подп. 20 п. 1 ст. 27 Федерального закона «О трудовых пенсиях в Российской Федерации» (утв. Постановлением № 781);
- Перечень № 781 – Перечень структурных подразделений учреждений здравоохранения и должностей врачей и среднего медицинского персонала, работа в которых в течение года засчитывается в стаж работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости, как год и шесть месяцев (утв. Постановлением № 781)

? Подлежит ли включению в стаж, дающий право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости в связи с осуществлением лечебной и иной деятельности по охране здоровья населения в соответствии с подп. 20 п. 1 ст. 27 Федерального закона от 17.12.2001 № 173-ФЗ, в льготном порядке, когда один год работы засчитывается за один год и шесть месяцев в случае, период с 15.02.2004 по 28.11.2008, когда профессиональные обязанности выполнялись работником в должности врача-анестезиолога-реаниматолога в отделении анестезиологии, послеоперационной терапии и реанимации в городской клинической больнице?

➤ Право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости в связи с осуществлением лечебной и иной деятельностью по охране здоровья населения реализуется с учетом Списка и Правил № 781.

Правила определяют порядок исчисления стажа медицинским работникам. Так, периоды работы в должностях в учреждениях, указанных в Списке № 781, засчитываются в стаж работы в календарном порядке, за исключением отдельных случаев применения льготного порядка исчисления стажа указанной работы.

Согласно подп. «б» п. 5 Правил № 781 лицам, работавшим в структурных подразделениях учреждений здравоохранения в должностях по Перечню № 781, один год работы засчитывается в указанный стаж работы как год и шесть месяцев.

Важно ➤ В Перечне № 781 наименование структурного подразделения «анестезиология, послеоперационная терапия и реанимация» непосредственно не упомянуто. Однако согласно приказу Минздравсоцразвития России от 13.06.2006 № 464 установлено тождество наименования структурного подразделения «анестезиологии, послеоперационной терапии и реанимации» наименованию структурного подразделения «анестезиологии-реанимации», предусмотренному Перечнем № 781 (приложение к Правилам № 781) ■

Следовательно, период работы в должности врача-анестезиолога-реаниматолога в отделении анестезиологии, послеоперационной терапии и реанимации в городской клинической больнице с 15.02.2004 по 28.11.2008 подлежит включению в стаж, дающий право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости в связи с осуществлением лечебной и иной деятельности по охране здоровья населения в соответствии с подп. 20 п. 1 ст. 27 Федерального закона от 17.12.2001 № 173-ФЗ, с учетом льготного порядка исчисления, предусмотренного подп. «б» п. 5 Правил № 781, т. е. один год работы засчитывается за один год и шесть месяцев, при соблюдении прочих условий, установленных нормами права (например, выполнение необходимой продолжительности рабочего времени, установленного трудовым законодательством для соответствующих должностей).

? Профессиональная деятельность осуществлялась в должности врача-хирурга в городской поликлинике на 0,5 ставки и в этот же период в должности врача-хирурга в городской клинической больнице на 0,5 ставки. Будут ли включены эти периоды работы в стаж, дающий право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости в связи с осуществлением лечебной и иной деятельности по охране здоровья населения по подп. 20 п. 1 ст. 27 Федерального закона № 173-ФЗ?

➤ В соответствии с действующими правилами исчисления стажа работы лицам, осуществлявшим лечебную и иную деятельность по охране здоровья населения в учреждениях здравоохранения, периоды работы в должностях в учреждениях, указанных в Списке № 781, начиная с 01.11.1999, засчитываются в стаж работы при условии ее вы-

полнения в режиме нормальной или сокращенной продолжительности рабочего времени, предусмотренной трудовым законодательством для соответствующих должностей.

В случае когда работа осуществлялась в нескольких указанных в Списке № 781 в должностях (учреждениях) в течение неполного рабочего времени, период ее выполнения засчитывается в стаж работы, если в результате суммирования занятости (объема работы) в этих должностях (учреждениях) выработана нормальная или сокращенная продолжительность рабочего времени в объеме полной ставки по одной из должностей.

При этом следует отметить, что согласно ст. 91 ТК РФ от 30.12.2001 № 197-ФЗ рабочее время – это время, в течение которого работник в соответствии с правилами внутреннего трудового распорядка организации и условиями трудового договора должен исполнять трудовые обязанности, а также иные периоды времени, которые в соответствии с законами и иными нормативными правовыми актами относятся к рабочему времени. Нормальная продолжительность рабочего времени не может превышать 40 часов в неделю. Работодатель обязан вести учет времени, фактически отработанного каждым работником.

Сокращенная продолжительность рабочего дня установлена для отдельных должностей. Согласно ст. 350 ТК РФ для медицинских работников устанавливается сокращенная продолжительность рабочего времени – не более 39 часов в неделю. В зависимости от должности и (или) специальности продолжительность рабочего времени медицинских работников определяется Правительством РФ.

Важно ➤ Постановлением Правительства РФ от 14.02.2003 № 101 «О продолжительности рабочего времени медицинских работников в зависимости от занимаемой должности и (или) специальности» утверждены перечни должностей и (или) специальностей медицинских работников, организаций, а также отделений, палат, кабинетов, условий труда, работа в которых дает право на сокращенную рабочую неделю. Данными перечнями установлено, что в зависимости от должности и (или) специальности, характера и условий труда продолжительность рабочего времени может составлять 36, 33, 30 и 24 часа в неделю ■

В рассматриваемом случае трудовая деятельность осуществлялась в должности врача-хирурга в городской поликлинике и в городской клинической больнице – в должности и в учреждениях, предусмотренных соответствующими разделами Списка № 781.

При суммировании работы в указанных учреждениях в должности врача-хирурга получается одна ставка. Поэтому в приведенном случае работа в должности врача-хирурга подлежит включению в стаж, дающий право на пенсию по подп. 20 п. 1 ст. 27 Федерального закона от 17.12.2001 № 173-ФЗ.

? Возможно ли претендовать на включение периода трудовой деятельности на территории Республики Молдова в стаж, дающий право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости в связи с осуществлением лечебной и иной деятельности по охране здоровья населения в учреждениях здравоохранения в соответствии с подп. 20 п. 1 ст. 27 Федерального закона от 17.12.2001 № 173-ФЗ, если профессиональная деятельность осуществлялась в должности фельдшера в больнице.

➤ Пункт 4 ст. 15 Конституции РФ предусматривает, что общепризнанные принципы и нормы международного права и международные договоры Российской Федерации

являются составной частью ее правовой системы. Если международным договором Российской Федерации установлены иные правила, чем предусмотренные законом, то применяются правила международного договора.

Данное конституционное положение нашло отражение и в отраслевом пенсионном законодательстве – ст. 1 Федерального закона от 17.12.2001 № 173-ФЗ.

К числу международных договоров относится, в частности, Соглашение между Правительством Российской Федерации и Правительством Республики Молдова о гарантиях прав граждан в области пенсионного обеспечения от 10.02.1995 (вступило в силу 04.12.1995).

Важно ➤ В соответствии с Соглашением между Правительством РФ и Правительством Республики Молдова о гарантиях прав граждан в области пенсионного обеспечения от 10.02.1995 в его основе лежит территориальный принцип, согласно которому пенсионное обеспечение граждан сторон и членов их семей осуществляется компетентными органами в соответствии с законодательством и за счет средств государства проживания ■

Согласно понятийному аппарату Соглашения от 10.02.1995 граждане – лица, постоянно проживающие на территории Российской Федерации или Республики Молдова и на которых распространяется законодательство этих государств в области пенсионного обеспечения.

Трудовой (страховой) стаж – продолжительность трудовой и иной общественно полезной деятельности, признаваемой в качестве таковой законодательством Сторон, в течение которой уплачиваются страховые взносы на пенсионное обеспечение.

Пенсионное обеспечение граждан Российской Федерации и граждан Республики Молдова, а также членов их семей осуществляется по законодательству государства, на территории которого они проживают.

Таким образом, исходя из основных положений Соглашения с Республикой Молдова, под гражданами понимаются лица, являющиеся гражданами Российской Федерации и Республики Молдова, постоянно проживающие на территории этих сторон, на которых распространяется действие законодательства этих государств в области пенсионного обеспечения (ст. 1 и 2 Соглашения с Молдавией).

При этом стороны предоставляют на своей территории постоянно проживающим гражданам (в т. ч. переселившимся) одинаковые права со своими гражданами в области пенсионного обеспечения.

Важно ➤ В соответствии со ст. 6 Соглашения между Правительством РФ и Правительством Республики Молдова о гарантиях прав граждан в области пенсионного обеспечения от 10.02.1995 для установления права на пенсию учитывается трудовой (страховой) стаж, приобретенный по законодательству обоих государств, в т. ч. до вступления в силу данного Соглашения, а также на территории государств, входивших в состав СССР по 31 декабря 1991 г. ■

Исходя из определения трудового (страхового) стажа, данного в ст. 1 Соглашения от 10.02.1995, периоды работы после 1 января 1991 г. (даты начала уплаты страховых взносов в Пенсионный фонд РСФСР согласно Временной инструкции «О порядке уплаты страховых взносов организациями, предприятиями и гражданами в Пенсионный

фонд РСФСР» от 31.05.1991 № 102) могут быть включены в трудовой (страховой) стаж при условии уплаты страховых взносов на пенсионное обеспечение.

Указанные периоды работы на территории Республики Молдова подтверждаются справкой компетентных органов названных государств об уплате страховых взносов на обязательное пенсионное обеспечение либо на социальное страхование: соответственно Социальным фондом Республики Молдова.

Необходимо отметить, что должность «фельдшер» предусмотрена разделом «Наименование должностей» Списка № 781, учреждение – разделом «Наименование учреждений» Списка № 781, что дает основания для включения работы в указанной должности и учреждении в стаж работы, дающей право на досрочную трудовую пенсию по старости по основанию, предусмотренному подп. 20 п. 1 ст. 27 Федерального закона от 17.12.2001 № 173-ФЗ.

Право оценки документов принадлежит органу, осуществляющему пенсионное обеспечение по месту жительства, на основании всестороннего, полного и объективного их изучения, который выносит решение о назначении (об отказе назначения) пенсии.

Учитывая изложенное, периоды работы в должности фельдшера в больнице могут быть включены в стаж, дающий право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости в связи с осуществлением лечебной и иной деятельности по охране здоровья населения в учреждениях здравоохранения, при соблюдении прочих условий, установленных нормами права.

www.zdrav.ru

портал информационной
поддержки специалистов ЛПУ



МЦФЭР
МЕДИЦИНА

Присоединяйтесь
к сообществу профессионалов!

Реклама

ПРИКАЗ
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 22.04.2014 № 183н

Об утверждении перечня лекарственных средств для медицинского применения, подлежащих предметно-количественному учету¹

В соответствии с п. 5.2.171(1) Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства РФ от 19.06.2012 № 608 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, № 26, ст. 3526; 2013, № 16, ст. 1970; № 20, ст. 2477; № 22, ст. 2812; № 33, ст. 4386; № 45, ст. 5822; 2014, № 12, ст. 1296), приказываю:

1. Утвердить перечень лекарственных средств для медицинского применения, подлежащих предметно-количественному учету, согласно приложению.
2. Признать утратившими силу:
 - приложение 1 к Порядку отпуска лекарственных средств, утвержденному приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 14.12.2005 № 785 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 16 января 2006 г., регистрационный № 7353);
 - приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 13.10.2006 № 703 «О внесении изменения в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 14.12.2005 № 785» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 07.11.2006, регистрационный № 8445);
 - пункт 4 Изменений, вносимых в Порядок отпуска лекарственных средств, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 14.12.2005 № 785, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 12.02.2007 № 109 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 30.03.2007, регистрационный № 9198);
 - пункт 4 Изменений, вносимых в Порядок отпуска лекарственных средств, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 14.12.2005 № 785, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 06.08.2007 № 521 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29.08.2007, регистрационный № 10063).

Министр
В.И. СКВОРЦОВА

¹ Зарегистрирован в Минюсте России 22.07.2014 № 33210.

ПЕРЕЧЕНЬ
лекарственных средств для медицинского применения,
подлежащих предметно-количественному учету¹

I. Лекарственные средства – фармацевтические субстанции и лекарственные препараты, содержащие наркотические средства, психотропные вещества и их прекурсоры (их соли, изомеры, стереоизомеры), включенные в списки II, III, IV перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства РФ от 30.06.1998 № 681² (далее – наркотические средства, психотропные вещества и их прекурсоры), в сочетании с фармакологически неактивными веществами, а также лекарственные препараты, содержащие наркотические средства, психотропные вещества и их прекурсоры в сочетании с фармакологически активными веществами (при условии включения их в перечень отдельной позицией):

Аллобарбитал
Алпрозолам
Аминорекс
Амобарбитал
Амфепрамон
Апрофен
Бромазепам
Бротизолам
Бупренорфин
Буталбитал
Бутобарбитал
Буторфанол
Галазепам
Галоксазолам
4-гидроксibuтират
Гидроморфон
Декстрометорфан
Декстроморамид
Декстропропoxифен
Делоразепам
Диазепам

Диазепам + циклобарбитал
Дигидрокодеин
Дифеноксилат
Диэтиловый эфир
(в конц. 45% или более)
Золпидем
Камазепам
Кетазолам
Кетамин
Клобазам
Клоксазолам
Клоназепам
Клоразепат
Клотиазепам
Кодеин
Кокаин
Лефетамин
Лопразолам
Лоразепам
Лорметазепам
Мазиндол

¹ Предметно-количественному учету подлежат перечисленные в настоящем перечне лекарственные средства для медицинского применения независимо от их торгового наименования.

² Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 27, ст. 3198; 2004, № 8, ст. 663; № 47, ст. 4666; 2006, № 29, ст. 3253; 2007, № 28, ст. 3439; 2009, № 26, ст. 3183; № 52, ст. 6572; 2010, № 3, ст. 314; № 17, ст. 2100; № 24, ст. 3035; № 28, ст. 3703; № 31, ст. 4271; № 45, ст. 5864; № 50, ст. 6696, 6720; 2011, № 10, ст. 1390; № 12, ст. 1635; № 29, ст. 4466, 4473; № 42, ст. 5921; № 51, ст. 7534; 2012, № 10, ст. 1232; № 11, ст. 1295; № 19, ст. 2400; № 22, ст. 2864; № 37, ст. 5002; № 41, ст. 5625; № 48, ст. 6686; № 49, ст. 6861; 2013, № 6, ст. 558; № 9, ст. 953; № 25, ст. 3159; № 29, ст. 3962; № 37, ст. 4706; № 46, ст. 5943; № 51, ст. 6869.

Медазепам
 Мезокарб
 Мепробамат
 Метилфенобарбитал
 Мефенорекс
 Мидазолам
 Модафинил
 Морфин
 Налбуфин
 Ниметазепам
 Нитразепам
 Нордазепам
 Оксазепам
 Оксазолам
 Оксикодон
 Омнопон
 Пемолин
 Пентазоцин
 Перманганат калия
 (в конц. 45% или более)
 Пиназепам
 Пипрадрол
 Пиритрамид
 Празепам
 Просидол
 Псевдоэфедрин
 (в конц. 10% или более)
 Ремифентанил

Секбутабарбитал
 Суфентанил
 Тебаин
 Темазепам
 Тетразепам
 Тианептин
 Тилидин
 Триазолам
 Тримеперидин
 Фендиметразин
 Фенилпропаноламин (в конц.
 10% или более)
 Фенобарбитал
 Фентанил
 Фентермин
 Флудиазепам
 Флунитразепам
 Флуразепам
 Хлордиазепоксид
 Циклобарбитал
 Эргометрин
 (в конц. 10% или более)
 Эрготамин
 (в конц. 10% или более)
 Эстазолам
 Этил лофлазепат
 Этилморфин
 Эфедрин (в конц. 10% или более)

II. Лекарственные средства – фармацевтические субстанции и лекарственные препараты, содержащие сильнодействующие и ядовитые вещества (их соли, изомеры, простые и сложные эфиры, смеси и растворы независимо от концентрации), внесенные в списки сильнодействующих и ядовитых веществ для целей статьи 234 и других статей Уголовного кодекса Российской Федерации, утвержденные постановлением Правительства РФ от 29.12.2007 № 964¹ (далее – сильнодействующие и ядовитые вещества), в сочетании с фармакологически неактивными веществами, а также лекарственные препараты, содержащие сильнодействующие и ядовитые вещества в сочетании с фармакологически активными веществами (при условии включения их в перечень отдельной позицией):

Андростанолон
 Ацеклидин
 Бенактизин

Бензобарбитал
 Бромизовал
 Гексобарбитал

¹ Собрание законодательства Российской Федерации, 2008, № 2, ст. 89; 2010, № 28, ст. 3703; 2012, № 10, ст. 1232; № 41, ст. 5625; 2013, № 6, ст. 558; № 9, ст. 953; № 45, ст. 5831.

Гиосциамин
Гестринон
Даназол
Змеиный яд
(за искл. лек. форм для наруж.
прим. – кремы, мази, гели)
Зопиклон
Карбахолин
Клозапин
Клонидин
Клостебол
Левомепромазин
Местеролон
Метандиенон
Метандриол
Метенолон
Метилтестостерон
Нандролон
Норклостебол

Пчелиный яд
(за искл. лек. форм
для наруж. прим. –
кремы, мази, гели)
Сибутрамин
Скополамин
Спирт этиловый
Сумма алкалоидов красавки
1-тестостерон (за искл. лек. форм
для наруж. прим. – кремы, мази,
гели)
Тиопентал натрия
Трамадол
Трамадол 37,5 мг + парацетамол
Тригексифенидил
Фепрозиднин
Хлороформ
Эрготал
Этилхлорид

III. Комбинированные лекарственные препараты, содержащие кроме малых количеств наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров другие фармакологические активные вещества¹:

- 1) кодеин или его соли (в пересчете на чистое вещество) в количестве до 20 мг включительно (на 1 дозу твердой лекарственной формы) или в количестве до 200 мг включительно (на 100 мл или 100 г жидкой лекарственной формы для внутреннего применения);
- 2) псевдоэфедрина гидрохлорид в количестве, превышающем 30 мг, и до 60 мг включительно (на 1 дозу твердой лекарственной формы);
- 3) псевдоэфедрина гидрохлорид в количестве, превышающем 30 мг до 60 мг включительно в сочетании с декстрометорфаном гидробромидом в количестве, превышающем 10 мг, и до 30 мг включительно (на 1 дозу твердой лекарственной формы);
- 4) декстрометорфана гидробромид в количестве до 200 мг включительно (на 100 мл или 100 г жидкой лекарственной формы для внутреннего применения);
- 5) эфедрина гидрохлорид в количестве, превышающем 100 мг, и до 300 мг включительно (на 100 мл или 100 г жидкой лекарственной формы для внутреннего применения);
- 6) эфедрина гидрохлорид в количестве до 50 мг включительно (на 1 дозу твердой лекарственной формы);

¹ Пункт 5 Порядка отпуска физическим лицам лекарственных препаратов для медицинского применения, содержащих кроме малых количеств наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров другие фармакологические активные вещества, утвержденного приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 мая 2012 г. № 562н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 1 июня 2012 г., регистрационный № 24438), с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 июня 2013 г. № 369н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 15 июля 2013 г., регистрационный № 29064).

- 7) фенилпропаноламин в количестве до 75 мг включительно (на 1 дозу твердой лекарственной формы) или до 300 мг включительно (на 100 мл или 100 г жидкой лекарственной формы для внутреннего применения);
- 8) фенобарбитал в количестве до 15 мг включительно в сочетании с кодеином (или его солями) независимо от количества (на 1 дозу твердой лекарственной формы);
- 9) фенобарбитал в количестве до 20 мг включительно в сочетании с эфедрином гидрохлоридом независимо от количества (на 1 дозу твердой лекарственной формы);
- 10) хлордиазепоксид в количестве, превышающем 10 мг, и до 20 мг включительно (на 1 дозу твердой лекарственной формы).

Читайте в 2015 году в журнале «Управление качеством в здравоохранении»

- Внедрение системы менеджмента качества в медицинской организации: изучение ожиданий потребителей, формирование стратегии, определение ресурсных потребностей, выбор показателей качества, измерение результативности
- Государственный контроль качества медицинской помощи: расширение полномочий Росздравнадзора, организация контроля вне сферы ОМС
- Контроль качества медэкспертиз и освидетельствований: экспертиза временной нетрудоспособности, связи заболевания с профессией, медико-социальная экспертиза
- Контроль соблюдения лицензионных требований: частые нарушения



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

Реклама

ПРИКАЗ
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 19.06.2014 № 293н

Об утверждении регламента проведения Министерством здравоохранения Российской Федерации ведомственного контроля в сфере закупок для обеспечения федеральных нужд

В соответствии со статьей 100 Федерального закона от 5 апреля 2013 г. № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд» и пунктом 2 постановления Правительства Российской Федерации от 10 февраля 2014 г. № 89 «Об утверждении Правил осуществления ведомственного контроля в сфере закупок для обеспечения федеральных нужд» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2014, № 7, ст. 683) приказываю:

1. Утвердить Регламент проведения Министерством здравоохранения Российской Федерации ведомственного контроля в сфере закупок для обеспечения государственных нужд согласно приложению.
2. Возложить полномочия по проведению ведомственного контроля в сфере закупок для обеспечения государственных нужд в отношении подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации заказчиков на Департамент учетной политики и контроля.
3. Подпункт «в» пункта 3 Регламента проведения Министерством здравоохранения Российской Федерации ведомственного контроля в сфере закупок для обеспечения государственных нужд, утвержденного настоящим приказом, вступает в силу с 1 января 2015 г., подпункты «б», «д», «е» пункта 3 указанного Регламента вступают в силу с 1 января 2016 г., пункт 7 указанного Регламента вступает в силу с 1 января 2017 г.
4. Контроль за исполнением настоящего приказа возлагаю на заместителя Министра здравоохранения Российской Федерации Н.А. Хорову.

Министр
В.И. СКВОРЦОВА

РЕГЛАМЕНТ проведения Министерством здравоохранения Российской Федерации ведомственного контроля в сфере закупок для обеспечения федеральных нужд

1. Настоящий Регламент устанавливает порядок проведения Министерством здравоохранения Российской Федерации ведомственного контроля в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных нужд (далее – ведомственный контроль) за соблюдением законодательных и иных нормативных правовых актов о контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных нужд (далее – законодательство Российской Федерации о контрактной системе в сфере закупок) в отношении подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации заказчиков (далее – заказчик).
2. Предметом ведомственного контроля является соблюдение заказчиками, в том числе их контрактными службами, контрактными управляющими, комиссиями по осуществлению закупок, уполномоченными органами и уполномоченными учреждениями, законодательства Российской Федерации о контрактной системе в сфере закупок.
3. При осуществлении ведомственного контроля Министерство здравоохранения Российской Федерации (далее – Министерство) осуществляет проверку соблюдения законодательства Российской Федерации о контрактной системе в сфере закупок, в том числе:
 - а) соблюдения ограничений и запретов, установленных законодательством Российской Федерации о контрактной системе в сфере закупок;
 - б) соблюдения требований к обоснованию закупок и обоснованности закупок¹;
 - в) соблюдения требований о нормировании в сфере закупок²;
 - г) правильности определения и обоснования начальной (максимальной) цены контракта, цены контракта, заключаемого с единственным поставщиком (подрядчиком, исполнителем);
 - д) соответствия информации об объеме финансового обеспечения, включенной в планы закупок, информации об объеме финансового обеспечения для осуществления закупок, утвержденном и доведенном до сведения заказчика³;
 - е) соответствия информации об идентификационных кодах закупок и об объеме финансового обеспечения для осуществления данных закупок, содержащейся⁴:
 - в планах-графиках, – информации, содержащейся в планах закупок;
 - в протоколах определения поставщиков (подрядчиков, исполнителей), – информации, содержащейся в документации о закупках;

¹ Подпункт «б» пункта 3 вступает в силу с 1 января 2016 года.

² Подпункт «в» пункта 3 вступает в силу с 1 января 2015 года.

³ Подпункт «д» пункта 3 вступает в силу с 1 января 2016 года.

⁴ Подпункт «е» пункта 3 вступает в силу с 1 января 2016 года.

- в условиях проектов контрактов, направляемых участникам закупок, с которыми заключаются контракты, – информации, содержащейся в протоколах определения поставщиков (подрядчиков, исполнителей);
- в реестре контрактов, заключенных заказчиками, – условиям контрактов;
- ж) предоставления учреждениям и предприятиям уголовно-исполнительной системы, организациям инвалидов преимущества в отношении предлагаемой ими цены контракта;
- з) соблюдения требований, касающихся участия в закупках субъектов малого предпринимательства, социально ориентированных некоммерческих организаций;
- и) соблюдения требований по определению поставщика (подрядчика, исполнителя);
- к) обоснованности в документально оформленном отчете невозможности или нецелесообразности использования иных способов определения поставщика (подрядчика, исполнителя), а также цены контракта и иных существенных условий контракта в случае осуществления закупки у единственного поставщика (подрядчика, исполнителя) для заключения контракта;
- л) применения заказчиком мер ответственности и совершения иных действий в случае нарушения поставщиком (подрядчиком, исполнителем) условий контракта;
- м) соответствия поставленного товара, выполненной работы (ее результата) или оказанной услуги условиям контракта;
- н) своевременности, полноты и достоверности отражения в документах учета поставленного товара, выполненной работы (ее результата) или оказанной услуги;
- о) соответствия использования поставленного товара, выполненной работы (ее результата) или оказанной услуги целям осуществления закупки.

4. Ведомственный контроль осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации о контрактной системе в сфере закупок и настоящим Регламентом.

5. Состав комиссии по проведению мероприятий ведомственного контроля утверждается Министром здравоохранения Российской Федерации (далее – Министр) или уполномоченным им заместителем Министра. В состав комиссии включаются должностные лица Министерства по предложению соответствующих департаментов Министерства и специалисты заказчиков, уполномоченные на осуществление ведомственного контроля руководителем заказчика (далее – члены комиссии).

6. Ведомственный контроль осуществляется путем проведения выездных или документарных мероприятий ведомственного контроля.

7¹. Члены комиссии должны иметь высшее образование или дополнительное профессиональное образование в сфере закупок.

8. Выездные или документарные мероприятия ведомственного контроля проводятся на основании приказа Министра или уполномоченного им заместителя Министра.

9. Министерство уведомляет заказчика о проведении мероприятия ведомственного контроля путем направления уведомления о проведении такого мероприятия (далее – уведомление) не менее чем за три дня до его проведения.

10. Уведомление должно содержать следующую информацию:

- а) наименование заказчика, которому адресовано уведомление;

¹ Пункт 7 вступает в силу с 1 января 2017 года.

- б) предмет мероприятия ведомственного контроля (проверяемые вопросы), в том числе период времени, за который проверяется деятельность заказчика;
- в) вид мероприятия ведомственного контроля (выездное или документарное);
- г) дату начала и дату окончания проведения мероприятия ведомственного контроля;
- д) список членов комиссии;
- е) запрос о предоставлении документов, информации, материальных средств, необходимых для осуществления мероприятия ведомственного контроля;
- ж) обоснование необходимости обеспечения условий для проведения выездного мероприятия ведомственного контроля, в том числе о предоставлении помещения для работы, средств связи и иных необходимых средств и оборудования для проведения такого мероприятия.

11. Срок проведения мероприятия ведомственного контроля не может составлять более чем 15 календарных дней и может быть продлен только один раз не более чем на 15 календарных дней по решению Министра или уполномоченного им заместителя Министра.

12. При проведении мероприятия ведомственного контроля члены комиссии имеют право:

- а) в случае осуществления выездного мероприятия ведомственного контроля на беспрепятственный доступ на территорию, в помещения, здания заказчика (в необходимых случаях на фотосъемку, видеозапись, копирование документов) при предъявлении ими служебных удостоверений и уведомления с учетом требований законодательства Российской Федерации о защите государственной тайны;
- б) на истребование необходимых для проведения мероприятия ведомственного контроля документов с учетом требований законодательства Российской Федерации о защите государственной тайны;
- в) на получение необходимых объяснений в письменной форме, в форме электронного документа и (или) устной форме по вопросам проводимого мероприятия ведомственного контроля.

13. По результатам проведения мероприятия ведомственного контроля составляется акт проверки, который подписывается всеми членами комиссии, и представляется Министру или уполномоченному им заместителю Министра.

При выявлении нарушений по результатам мероприятия ведомственного контроля комиссией по проведению мероприятий ведомственного контроля разрабатывается и утверждается план устранения выявленных нарушений.

14. В случае выявления по результатам проверок действий (бездействия), содержащих признаки административного правонарушения, материалы проверки подлежат направлению в соответствующий федеральный орган исполнительной власти, уполномоченный на осуществление контроля в сфере закупок товаров (работ, услуг) для обеспечения государственных и муниципальных нужд, а в случае выявления действий (бездействия), содержащих признаки состава уголовного преступления, – в правоохранительные органы.

15. Материалы по результатам мероприятий ведомственного контроля, а также иные документы и информация, полученные (разработанные) в ходе проведения мероприятий ведомственного контроля, хранятся в Министерстве не менее трех лет.

УЧРЕДИТЕЛЬ И ИЗДАТЕЛЬ – ЗАО «МЦФЭР»
МЕЖАНСКИЙ М.А. генеральный директор

ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ МЦФЭР

Гирихиди В.П. директор Издательского дома
Богданова Е.В. главный редактор Издательского дома
Пьяных С.М. заместитель главного редактора Издательского дома

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

ekarпов@mcfr.ru

Гапонова И.В. старший менеджер

gaponova@mcfr.ru

Оводова О.Н. менеджер

ovodova@mcfr.ru

Отдел по работе с клиентами

Тел.: 8 (495) 937-90-82, 933-63-17

Факс: 8 (495) 933-52-62

e-mail: pressa@mcfr.ru

Претензии по доставке направлять по факсу: 8 (495) 933-52-62, e-mail: pressa@mcfr.ru

Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов.

Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов.

Перепечатка материалов, опубликованных в журнале «Здравоохранение», допускается только с письменного согласия редакции.

Свидетельство о регистрации средства массовой информации № 013625 от 26.05.1995
выдано Комитетом РФ по печати.

Подписано в печать 18.08.2014.

Формат 70 × 108 1/16. Бумага офсетная.

Усл. печ. л. 11,2 + 0,35. Тираж 7600 экз. Изд. № 6351. Зак. № К-1366.

Дата выхода в свет 03.09.2014.

ЗАО «МЦФЭР». 129090, г. Москва, ул. Щепкина, д. 25/20.

Цена свободная.

Отпечатано в ГУП ЧР «ИПК «Чувашия»

428019, Чувашская Республика, г. Чебоксары, пр-т И. Яковлева, д. 13.



РОССИЙСКАЯ НЕДЕЛЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

8–12 декабря 2014



ЗА ЗДОРОВУЮ ЖИЗНЬ

V Международный форум по профилактике неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни



ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

8-я международная выставка «Средства реабилитации и профилактики, эстетическая медицина, оздоровительные технологии и товары для здорового образа жизни»



ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

24-я международная выставка «Здравоохранение, медицинская техника и лекарственные препараты»



 **ЭКСПОЦЕНТР**
МОСКВА

123100, Россия, Москва,
Краснопресненская наб., 14
Единый справочно-
информационный центр:
8 (499) 795-37-99
E-mail: centr@expocentr.ru
www.expocentr.ru,
экспоцентр.рф

Организаторы:

- Государственная Дума ФС РФ
- Министерство здравоохранения РФ
- ЦВК «Экспоцентр»

При поддержке:

- Совета Федерации ФС РФ
- Министерства промышленности и торговли РФ
- Правительства Москвы
- Российской академии медицинских наук
- Торгово-промышленной палаты РФ
- Представительства Всемирной организации здравоохранения в РФ

реклама

12+

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.



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.