

WWW.IN-ZDR.RU

Здравоохранение



журнал рабочих ситуаций главного врача

№12
декабрь 2015

Плазменные стерилизаторы

Проходные, непроходные и настольные модели.

Объем камеры от 30 до 250 литров.

Доступные цены.



™ Sterrad, Stericool, Laoken



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

28 Оказание высокотехнологичной
медицинской помощи в рамках
базовой программы ОМС



*С Новым
годом!*

*Пусть наступающий 2016 год будет удачным и плодотворным,
Годом новых возможностей и достижений,
Наполненным яркими событиями и добрыми делами!
Искренне желаем благополучия и стабильности!
Неиссякаемой энергии, исполнения всех самых заветных желаний!
Пусть во всем сопутствует удача и успех!*

Объединенная редакция «Здравоохранение»

РЕДАКЦИОННЫЙ И ЭКСПЕРТНЫЙ СОВЕТ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ЯНИН В.Н. – министр здравоохранения Красноярского края

Содержание

КОРОТКО

- 4 СОБЫТИЯ
- 10 НОРМАТИВНАЯ БАЗА

ИНТЕРВЬЮ НОМЕРА

- 20 **«Для управления качеством медицинской помощи нужно грамотно использовать результаты экспертиз»**
Интервью с руководителем дирекции медицинской экспертизы и защиты прав застрахованных ООО «АльфаСтрахование-ОМС» А.В. Березниковым

РАБОЧАЯ СИТУАЦИЯ

ПРОГРАММА ГОСГАРАНТИЙ

- О.В. Верховодова**
- 28 Оказание высокотехнологичной медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС

ЭКОНОМИКА ЛПУ

- М.В. Пирогов**
- 36 Алгоритмы ресурсного калькулятора. Фонд оплаты труда

ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОЕ ПАРТНЕРСТВО

- А.С. Навасардян**
- 48 Опыт ГЧП в системе здравоохранения Самарской области

МАРКЕТИНГ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

- Е.А. Тарасенко**
- 58 Стратегия маркетинга медуслуг в кризис: продвижение в социальных медиа

КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

НОРМИРОВАНИЕ ТРУДА

- О.В. Обухова**
- 66 Новые типовые отраслевые нормы времени

ПОРЯДКИ И СТАНДАРТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

О.П. Фролова, О.А. Новоселова, И.В. Щукина, А.Б. Казенный

- 72 Оказание противотуберкулезной помощи больным ВИЧ с учетом стадий ВИЧ-инфекции

МЕНЕДЖМЕНТ КАЧЕСТВА

Е.Ю. Лудупова, Н.В. Ринчинова, Р.В. Дугарова,

- 80 Преаналитический этап лабораторных исследований: современные подходы к оптимизации

УТРЕННЯЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

В.Г. Акимкин

- 90 Профилактика гемоконтактных инфекций среди медперсонала в операционных блоках

ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ

ПЕНСИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ РАБОТНИКОВ ЛПУ

И.С. Цветкова

- 96 Досрочное назначение трудовой пенсии по старости

ТРУДОВЫЕ СПОРЫ

А.В. Каширин

- 104 Отпуск по беременности и родам входит в специальный стаж

НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

- 107 Постановление Правительства РФ от 03.10.2015 № 1062
«О лицензировании деятельности по сбору, транспортированию, обработке, утилизации, обезвреживанию, размещению отходов I–IV классов опасности»
- 115 Приказ Минздрава России от 06.08.2015 № 536н
«О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н»
- 121 Приказ ФФОМС от 21.07.2015 № 130
«О внесении изменений в Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденный приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. № 230»

Из российских аптек исчезают лекарства дешевле 100 рублей

Из российских аптек исчезают лекарства дешевле 100 рублей, а многие недорогие препараты уже сняты с производства.

Аптечные сети уверены, что за исчезновение дешевых лекарств несет ответственность Минздрав. По их словам, наценку на лекарства устанавливает министерство, и именно оно создало такую систему, при которой продавать дешевые медикаменты невыгодно.

«Когда дистрибьютор и аптека зависят от надбавки к цене, в процентах получается, чем дороже цена, по которой они купили, тем больше получит и аптека, и дистрибьютор свой доход», – пояснила представитель объединения аптечных сетей Е.В. Неволлина.

По ее словам, лучше было бы ввести единый тариф наценки, тогда размер вознаграждения для аптек не зависел бы от стоимости лекарственных препаратов.

«Да, мы можем потерять сегмент, который сегодня до 50 рублей. Но все равно мы обеспечим наличие относительно недорогих лекарств в аптечных организациях и у дистрибьютора», – подчеркнула она преимущества предложения аптекарей. Эти слова подтверждают и производители лекарств, прекратившие производство дешевых медикаментов.

«Система госрегулирования цен построена таким образом, что делает для дистрибьютора и аптеки категорически невыгодным работу с дешевым ассортиментом. Поэтому бизнесмены снимают с производства дешевую номенклатуру», – сказал замгендиректора фармацевтической компании «Нижфарм» И.А. Глушков. Он также отметил, что цена многих из включенных в перечень препаратов вообще оказалась ниже их себестоимости.

«Значительная часть из них продается в убыток. Компенсирует это потребитель. Потому что препараты, которые не включены в перечень жизненно важных, в цене растут намного больше, чем могли бы. Именно за счет цен на эту группу препаратов производители пытаются компенсировать убытки, которые несут на жизненно важных», – заключил И.А. Глушков.

По материалам www.ria-ami.ru

Проблемы реализации программы «Земский доктор»

Соруководитель федерального проекта «Качество жизни (Здоровье)» С.Ш. Мурзабаева заявила о необходимости изменения пропорций долевого участия субъектов РФ в софинансировании программы «Земский доктор».

«Значимость реализуемой с 2012 года программы поддержки сельских врачей в решении кадровой проблемы здравоохранения не вызывает сомнений», – подчеркнула С.Ш. Мурзабаева. «К сожалению, напряженные бюджеты субъектов затрудняют реализацию этой программы, необходимой для обеспечения доступности медицинской помощи жителям села» – отметила депутат.

Так, по данным соруководителя проекта, в 2014 году федеральные средства, выделенные для осуществления одновременных компенсационных выплат медицинским работникам на селе, были использованы не более чем на 56%. «Не обнадеживают и данные этого года – за 8 месяцев территориальным фондам ОМС перечислено всего 434,5 млн рублей или 17% от предусмотренного годового объема», – привела статистику С.Ш. Мурзабаева.

Она напомнила, что проектом бюджета на 2016 год, представленным Федеральным фондом ОМС для рассмотрения, предусмотрено сократить долю софинансирования программы «Земский доктор» субъектами с 50 до 40%. Однако, учитывая экономическую ситуацию в субъектах и реальное исполнение программы, этого недостаточно.

Она указала, что результаты мониторинга, проводимого «Единой Россией» в рамках проекта «Качество жизни (Здоровье)», позволяют сделать вывод, что снижение прогнозируемых расходов региональных бюджетов лишь на 10% не сможет гарантировать полное выполнение программы и эффективное использование всех выделенных средств федерального бюджета.

«Единая Россия» будет настаивать на более значительном сокращении в 2016 году доли софинансирования программы субъектами», – заверила Мурзабаева.

По материалам www.ria-ami.ru

С 2017 года планируется защищать лекарства от подделок с помощью чипов

Минздрав России предлагает ужесточить контроль за обращением лекарственных средств в РФ с 2017 года и маркировать специальными чипами упаковки лекарств, чтобы эффективнее отслеживать контрафактный товар.

По словам В.И. Скворцовой, разработан законопроект, который делает обязательной маркировку каждой упаковки лекарственных препаратов, что позволит отмониторить движение любой упаковки от момента производства до поступления потребителю.

В законопроекте закладывается механизм административного наказания в случае, если допущено обращение лекарственного препарата, который не имеет новой маркировки на упаковке. Министр отметила, что законодательная норма вступит в силу поэтапно.

По ее словам, в законе не прописывается тип маркировки и подразумевается возможность выбора, который будет закреплен соответствующим постановлением правительства. Это будет либо двухмерный штрих-код, который фактически ничего не стоит, либо радиочастотный чип.

«А для дорогостоящих препаратов мы планируем использовать радиочастотную метку.

И эта метка позволит каждому человеку у кассы проверить, действительно ли эта серия и этот препарат. Это очень удобно, но несколько дороже стоит», – заметила В.И. Скворцова.

По ее словам, применение радиочастотных меток приведет к незначительному удорожанию, в среднем на шесть-восемь рублей за одну упаковку. Поэтому применять радиочастотные чипы имеет смысл тогда, когда стоимость упаковки составляет более 500 рублей.

Минздрав готовит законопроект совместно с Росздравнадзором, Минпромторгом, Минэкономразвития и экспертным управлением Администрации Президента РФ.

«Это важнейший законопроект, который позволит убрать из обращения контрафакт и фальсификат, впервые сделает систему абсолютно прозрачной», – отметила министр.

По материалам www.medvestnik.ru

Эффективное управление кадрами в медицинской организации

Сибирский государственный медицинский университет разработал эксклюзивную образовательную программу для руководителей учреждений здравоохранения Томской области «Эффективное управление кадрами в медицинской организации», которая станет одним из мероприятий по сокращению дефицита медицинских кадров.

Об этом сообщила ректор СибГМУ О.С. Кобякова на коллегии по кадровому обеспечению здравоохранения области, которая состоялась сегодня в администрации Томской области.

«Важно, чтобы руководители и специалисты по кадрам умели организовать работу с уже имеющимися в штате врачами и средним медицинским персоналом и осуществляли перспективное кадровое планирование. Именно этому мы намерены обучить главных врачей, специалистов экономических служб, заместителей руководителей по организационно-методической работе», – отметила О.С. Кобякова.

Программа предусматривает обучение работе с регламентами и штатными расписаниями учреждений, методам мониторинга эффективности штатных расписаний, изучение принципов рационального планирования для оптимизации штатов в учреждении, а также навыки формирования индивидуальных образовательных траекторий для врачей и среднего медицинского персонала. Дипломной работой станет разработка и защита штатных расписаний для каждого учреждения здравоохранения Томской области.

По показателям дефицита и профицита медспециальностей Томская область выглядит так же, как и все российские регионы. Востребованы участковые терапевты и педиатры, анестезиологи-реаниматологи, фтизиатры. В 2014 году медуниверситет выпустил 297 специалистов, в практическое здравоохранение региона пришли 246, а «ушли», в том числе на пенсию, – 292. В настоящий момент в регионе не хватает 498 врачей, в основном это специалисты поликлиник.

По материалам www.ria-ami.ru

В перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров включены новые виды психостимуляторов

В перечень наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации (утвержден постановлением Правительства РФ от 30.06.1998 № 681), включены новые виды психостимуляторов.

Соответствующее постановление Правительства РФ от 12.10.2015 № 1097 подписал премьер-министр Д.А. Медведев.

В настоящее время остается сложной мировая ситуация с темпами и масштабами распространения новых видов психостимуляторов, которые находятся вне национального и международного контроля. Несмотря на принимаемые разными государствами мира меры по оперативному реагированию на появление новых веществ, наркопроизводители оперативно видоизменяют и преобразовывают формулы подконтрольных психоактивных соединений.

По данным Европейского центра мониторинга наркотиков и наркомании за 2014 год, на территории ряда стран Евросоюза отмечено появление новых неподконтрольных психоактивных веществ, относящихся к синтетическим каннабиоидам, – это психоактивные вещества серии N-бензил-1-бутил-1Н-индазол-3-карбоксамид.

Кроме того, на территории России отмечено появление нового психоактивного вещества метилэфир 3,3-диметил-2-(1-бутил-1Н-индазол-3-карбоксамидо) бутановой кислоты.

Одновременно внесены соответствующие изменения в значительный, крупный и особо крупный размер наркотических средств и психотропных веществ для целей ст. 228, 2281, 229 и 2291 Уголовного кодекса Российской Федерации.

«Принятые решения позволяют предотвратить появление и распространение этих видов новых наркотических средств на территории России, будут способствовать совершенствованию государственного контроля за их оборотом», – сообщает пресс-служба Кабинета министров.

По материалам www.medvestnik.ru

«Нацимбио» построит в Подмоскowie комплекс по производству инсулина и его аналогов

АО «Национальная иммунобиологическая компания», входящая в состав госкорпорации Ростех, запускает проект по созданию биофармацевтического комплекса полного цикла производства инсулина и его аналогов в Пущино Московской области. Проект будет реализован на базе ОАО «НПК Биоран» в сотрудничестве с Институтом биоорганической химии РАН.

При проработке проекта создания производственного комплекса в Пущино учитывались требования правил Надлежащей производственной практики (GMP). Соблюдение этого стандарта позволит обеспечить на новом производстве лучшие мировые практики контроля качества фармацевтической продукции.

В настоящее время свыше 95% потребностей РФ в инсулине и его аналогах удовлетворяется за счет импорта, стоимость которого составляет более 300 млн долларов в год. При этом существующие в России производственные мощности не позволяют выйти на более значительные объемы производства.

Напомним, 13 октября Президент РФ В.В. Путин подписал перечень поручений по вопросу развития производства инсулина и его аналогов.

Цель создания холдинга – обеспечение независимости РФ от импорта лекарственных препаратов, в особенности иммунобиологических препаратов и препаратов для лечения инфекционных заболеваний, за счет развития собственных производственных и научных компетенций. В частности, стратегия развития холдинга предусматривает производство к 2020 году до 100% объема национальной потребности в вакцинах в рамках НКПП на производственных мощностях предприятий, входящих в структуру холдинга.

По материалам www.medvestnik.ru

Бюджет МГФОМС вырастет на 20 млрд рублей в 2016 году

Бюджет столичного фонда ОМС по сравнению с 2015 годом вырастет на 20 млрд рублей в 2016 году, сообщила заместитель директора московского фонда ОМС Л.В. Хохлачева в ходе заседания комиссии Мосгордумы по здравоохранению и охране общественного здоровья.

«У нас относительно 2015 года бюджет вырос на 20 млрд рублей. Общий доход фонда в 173 млрд рублей мы ожидаем в 2015 году и 193 млрд рублей планируем на 2016 год», – сообщает Л.В. Хохлачева. Согласно проекту закона о бюджете московского фонда ОМС, объем доходов бюджета фонда будет составлять 193 млрд 313 млн 145,9 тыс. рублей, в том числе за счет средств субвенций из бюджета Федерального фонда ОМС в размере 160 млрд 117 млн 858,2 тыс. рублей и межбюджетных трансфертов из бюджета Москвы в сумме 22 млрд 487 млн 33 тыс. рублей.

Из них более 17 млрд рублей направляется в бюджет фонда на дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальной программы ОМС Москвы в пределах базовой программы и более 5 млрд рублей – на оплату медицинской помощи гражданам, не идентифицированным и не застрахованным по ОМС.

Плановые поступления трансфертов из бюджетов территориальных фондов ОМС других субъектов РФ на оплату медицинской помощи, оказанной в столице жителям других регионов, будут составлять 10 млрд 575,1 млн рублей.

В проекте закона уточняется, что объем расходов фонда ОМС будет равен объему его доходов. В частности, на реализацию территориальной программы ОМС Москвы в пределах базовой программы планируется потратить 177 млрд 693 млн 759,9 тыс. рублей.

На оплату медицинской помощи, оказанной гражданам, не идентифицированным и не застрахованным по обязательному медицинскому страхованию, при заболеваниях и состояниях, включенных в базовую программу ОМС, планируется потратить 5 млрд 44 млн 286 тыс. рублей.

По материалам www.medvestnik.ru

В Москве планируют объединить службы скорой и неотложной помощи

Создание единого колл-центра скорой и неотложной медицинской помощи в Москве завершится к февралю, после эксперимента службы планируют объединить. Об этом глава столичного департамента здравоохранения А.И. Хрипун сообщил на Московском урбанистическом форуме.

«Мы поработаем примерно полгода, посмотрим, какие будут результаты и, думаю, что эти результаты позволят нам объединить две службы, что будет правильно и с точки зрения технологии и удовлетворенности москвичей этой службой, и с точки зрения результатов», – сказал А.И. Хрипун.

Он также отметил, что на перспективу город будет развивать патронаж для маломобильных пациентов. «В Москве создан центр паллиативной медицины. Мы на пороге серьезных изменений в хосписной службе, в развитии патронажа в паллиативе и этим также будем заниматься», – уточнил А.И. Хрипун. Он прокомментировал и развитие поликлинической службы. По его словам, за последние пять лет в Москве из 402 поликлиник закрылись всего две.

«Нас многие упрекают в том, что мы закрываем поликлиники. Из 402 привычных для нашего понимания поликлиник мы закрыли только две – одну по суду, а вторую, – потому что она располагалась вне принадлежащих городу помещений и не очень была востребована», – сказал А.И. Хрипун.

При этом он отметил, что за эти годы в городе было построено 15 новых поликлиник и капитально отремонтировано более 1 тыс. кв метров лечебных учреждений.

«Ввели в строй пять больничных корпусов, две подстанции скорой помощи», – сказал глава департамента, добавив, что планируется строить и дальше.

По его словам, в результате реформы поликлиники преобразованы в объединения. Сейчас их в городе 96.

По материалам www.medvestnik.ru

Утвержден перечень медтоваров, реализация и ввоз которых в РФ не подлежат обложению НДС

Правительство РФ утвердило единый перечень медицинских товаров, реализация которых в России и ввоз на территорию России не подлежат обложению НДС. Соответствующее постановление от 30.09.2015 № 1042 подписал премьер-министр Д.А. Медведев.

Если раньше эти товары входили в несколько разных документов, то теперь будет общий перечень, актуализированный и дополненный рядом новых позиций.

Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» вместо применявшихся ранее терминов «медицинская техника» и «изделия медицинского назначения» предусмотрен единый термин «медицинские изделия». Соответствующие терминологические изменения Федеральным законом № 317-ФЗ внесены в Налоговый кодекс РФ.

В связи с этим возникла проблема администрирования налогообложения ввозимых медицинских товаров, которая повлекла за собой негативную судебную практику, сопровождающуюся возвратами из федерального бюджета сумм НДС, уплаченных участниками внешнеэкономической деятельности, выплату таможенными органами процентов за пользование денежными средствами, а также отнесенных на их счет судебных издержек.

Постановлением № 1042 утвержден единый перечень медицинских товаров, реализация которых в России и ввоз которых на территорию России и другие территории, находящиеся под ее юрисдикцией, не подлежат обложению НДС, с указанием кодов по Общероссийскому классификатору продукции и единой Товарной номенклатуры внешнеэкономической деятельности Евразийского экономического союза. Действовавшие ранее перечни признаны утратившими силу.

Таким образом, если раньше эти товары входили в несколько разных документов, то теперь будет общий перечень, актуализированный и дополненный рядом новых позиций.

По материалам www.medvestnik.ru

Детские онкологи отвергли дженерики

Решение не использовать дженерики в лечении онкобольных детей, принятое на VI съезде детских онкологов России, будет направлено в Минздрав.

Об этом сообщил на пресс-конференции «Вопросы повышения доступности лечения детей с онкологией, дефицита финансирования, возможности системы добровольного страхования и решения сложившихся проблем» президент Российского общества детских онкологов, главный внештатный детский специалист онколог Минздрава России, академик РАН В.Г. Поляков.

«Проблема в том, что дженерики обладают большей токсичностью и менее выраженным действием, их использование в детской практике нежелательно, – пояснил он позицию онкологов. – Мы стараемся использовать оригинальные препараты, хотя дженерики дешевле. Правительство решает задачи импортозамещения, но процесс это не быстрый, потребуются годы на создание фармацевтической индустрии. Мы приняли решение не использовать дженерики. Решение зафиксировано в резолюции съезда. В Министерство здравоохранения будет направлено обращение с просьбой о том, чтобы в онкологической практике была возможность закупки оригинальных препаратов», – пояснил В.Г. Поляков.

В.Г. Поляков добавил также, что в детской онкологии, как и во взрослой, все еще существует проблема обезболивающих средств, однако наметились подвижки: «В Минздраве был ряд заседаний по этому поводу, – сказал он. – Есть послабления: увеличено количество отпуска этих препаратов и увеличены сроки действия – с прежних 2–3 до 15 дней. В дальнейшем мы ожидаем еще послаблений в доступности наркотических препаратов и обезболивающих средств, и не только в онкологическом лечении, но и для больных, которые находятся в детских хосписах, на паллиативном лечении».

По материалам www.medvestnik.ru

Полный переход на аккредитацию медицинских специалистов состоится в 2026 году

Директор Департамента медицинского образования и кадровой политики Минздрава России Т.В. Семенова на конференции «Росмедобр-2015», рассказала, как будет осуществляться переход от сертификации врачей к аккредитации.

Первыми пройдут процедуру аккредитации лица, прошедшие обучение по программам высшего медицинского образования в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами, которые закончат обучение в 2016 году. Они окажутся первыми среди врачей, кто будет иметь пожизненную аккредитацию специалистов, – сообщила Т.В. Семенова

Документ об аккредитации распространяется на всю профессиональную деятельность врача. Он единый, с возможностью продления и отзыва, пояснила Т.В. Семенова.

«Все остальные продолжают жить по старой схеме, – сообщила Т.В. Семенова. – Суть следующая: если заканчивается аккредитация специалиста, скажем, 1 июня 2016 года или 1 июня 2017 года, то этот врач должен вновь получить допуск к профессии. В этом случае он должен пройти программу дополнительного профессионального образования, которая в классическом варианте реализуется в РФ, или с элементами непрерывного дополнительного образования в рамках пилотного проекта. После повышения квалификации он снова получает сертификат специалиста и с этого дня включается в систему пятилетнего непрерывного медицинского образования».

По истечении 5 лет врач вновь должен будет пройти процедуру аккредитации. Такой постепенный переход позволит комфортно перейти на 100% аккредитацию специалистов к 2026 году.

Оказывающие медицинскую помощь психологи и биологи, по словам Т.В. Семеновой, тоже обязаны будут проходить аккредитацию. Сейчас они не имеют сертификатов специалистов и формально по закону не имеют допуска к медицинской деятельности.

По материалам www.medvestnik.ru

Доступная высокотехнологичная медицинская помощь

«Высокотехнологичная медицинская помощь становится ощутимо доступнее», – об этом заявила заместитель министра здравоохранения Свердловской области Е.А. Чадова.

По данным заместителя руководителя ведомства, лицензию на оказание ВМП имеет 31 медицинская организация, расположенная на территории Свердловской области. При этом в оказании подобных услуг участвуют не только муниципальные, областные и федеральные больницы, но и восемь частных медицинских центров.

Источников финансирования ВМП сегодня несколько – это областной и федеральный бюджеты и система ОМС. За счет системы ОМС оплачиваются 450 методов ВМП (менее дорогостоящие, но часто встречающиеся). Это и многочисленные кардиохирургические и нейрохирургические операции, реконструктивная пластика, комплекс мероприятий по выхаживанию новорожденных с экстремально низкой массой тела. Также к перечню ВМП относится травматологическая помощь, в том числе одна из самых востребованных у населения процедур – эндопротезирование тазобедренного сустава.

«Стоимость одного случая лечения за счет средств системы ОМС находится в диапазоне от 50 до 300 тыс. рублей. Если говорить о бюджетных технологиях, то там один случай лечения может достигать двух и более миллионов рублей», – уточняет директор ТФОМС Свердловской области В.А. Шелякин.

По данным министерства здравоохранения и фонда ОМС, очередь на оказание ВМП практически ликвидирована. Это связано как с ростом бюджета в целом, так и с изменением технологии обращения пациента за помощью: если необходимый метод ВМП входит в систему ОМС, у пациента нет необходимости дожидаться решения комиссии и бюджетной квоты – он может попросить направление у своего лечащего врача. Главное, чтобы у медицинской организации, куда направляется пациент, был госзаказ на эту услугу.

По материалам www.ria-ami.ru

**ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ ОТ 03.10.2015 № 1062
«О ЛИЦЕНЗИРОВАНИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО СБОРУ, ТРАНСПОРТИРОВАНИЮ,
ОБРАБОТКЕ, УТИЛИЗАЦИИ, ОБЕЗВРЕЖИВАНИЮ, РАЗМЕЩЕНИЮ ОТХОДОВ
I–IV КЛАССОВ ОПАСНОСТИ»**

Суть документа ➤ Утверждено Положение о лицензировании деятельности по сбору, транспортированию, обработке, утилизации, обезвреживанию, размещению отходов I–IV классов опасности. Положение устанавливает порядок лицензирования этого вида деятельности юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями.

Положением определены:

- перечень работ, составляющих лицензируемый вид деятельности;
- лицензирующий орган – Росприроднадзор;
- лицензионные требования, предъявляемые к соискателю лицензии и лицензиату;
- перечень грубых нарушений лицензионных требований;
- требования к заявлению, направляемому или предоставляемому для получения лицензии;
- перечень документов, прилагаемых соискателем лицензии к заявлению о предоставлении лицензии;
- перечень сведений, необходимых для переоформления лицензии в случае намерения лицензиата заниматься лицензируемой деятельностью по адресу, не указанному в лицензии, и (или) выполнять новые работы, составляющие лицензируемый вид деятельности.

Установлено, что лицензирующий орган размещает на «Едином портале государственных и муниципальных услуг (функций)» сведения о ходе принятия им решения о предоставлении лицензии (об отказе в предоставлении лицензии), переоформлении лицензии (об отказе в переоформлении лицензии), приостановлении, возобновлении, прекращении действия лицензии, сведения об аннулировании лицензии, а также о предоставлении дубликата лицензии.

В приложении к постановлению приведен перечень работ, составляющих деятельность по сбору, транспортированию, обработке, утилизации, обезвреживанию, размещению отходов I–IV классов опасности.

**ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ ОТ 01.10.2015 № 1048
«ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПРАВИЛ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ СУБСИДИЙ ИЗ ФЕДЕРАЛЬНОГО
БЮДЖЕТА РОССИЙСКИМ ОРГАНИЗАЦИЯМ НА ВОЗМЕЩЕНИЕ ЧАСТИ ЗАТРАТ НА РЕА-
ЛИЗАЦИЮ ПРОЕКТОВ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ПРОИЗВОДСТВА МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ
В РАМКАХ ПОДПРОГРАММЫ “РАЗВИТИЕ ПРОИЗВОДСТВА МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ”
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРОГРАММЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ “РАЗВИТИЕ ФАРМА-
ЦЕВТИЧЕСКОЙ И МЕДИЦИНСКОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ” НА 2013–2020 ГОДЫ»**

Суть документа ➤ Российским организациям, реализующим проекты по организации высокотехнологичного производства медицинских изделий, будут предоставляться федеральные субсидии.

Под проектом понимается комплекс взаимосвязанных мероприятий и процессов, ограниченный по времени и ресурсам, направленный на организацию высокотехнологичного производства медицинских изделий, в том числе с привлечением третьих лиц, по следующим направлениям:

- медицинские изделия, имплантируемые в организм человека;
- одноразовые медицинские изделия;
- расходные материалы для медицинских изделий;
- технические средства реабилитации инвалидов и людей с ограниченными возможностями здоровья, являющиеся медицинскими изделиями;
- установки для высокоэффективной лучевой терапии ионным пучком;
- медицинские изделия для персонального дистанционного мониторинга пациента;
- медицинские изделия для офтальмологии.

Субсидия предоставляется организациям, у которых суммарная выручка от реализации медицинских изделий собственного производства за 2012–2015 годы составляет не менее 100 млн руб. Максимальный размер субсидии для одного заявителя не может превышать 200 млн руб. на весь срок действия договора о предоставлении субсидии и не может быть более 50 млн руб. за 2015 год.

Для получения субсидии бизнес-план проекта должен предусматривать:

- начало выпуска и реализации медицинских изделий не позднее 3 лет с даты заключения договора о предоставлении субсидии;
- получение выручки от реализации медицинских изделий, произведенных в рамках проекта, в размере, не менее чем в 3 раза превышающем размер выделенной субсидии, в срок не более чем через 3 года после начала выпуска медицинских изделий в рамках проекта.

ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ ОТ 01.10.2015 № 1047

«ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПРАВИЛ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ СУБСИДИЙ ИЗ ФЕДЕРАЛЬНОГО БЮДЖЕТА РОССИЙСКИМ ОРГАНИЗАЦИЯМ НА КОМПЕНСАЦИЮ ЧАСТИ ЗАТРАТ, ПОНЕСЕННЫХ ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТОВ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ И (ИЛИ) ПРОИЗВОДСТВА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ СУБСТАНЦИЙ, В РАМКАХ ПОДПРОГРАММЫ “РАЗВИТИЕ ПРОИЗВОДСТВА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ” ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРОГРАММЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ “РАЗВИТИЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ И МЕДИЦИНСКОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ” НА 2013–2020 ГОДЫ»

Суть документа > Российским организациям, реализующим проекты по организации производства фармацевтических субстанций, будут предоставляться федеральные субсидии.

Субсидии предоставляются в целях стимулирования инвестиционной активности российских организаций для создания, рас-

ширения и модернизации производства фармацевтических субстанций.

Субсидии предоставляются на возмещение фактически осуществленных не ранее 1 января 2015 года и документально подтвержденных затрат организации, связанных с реализацией проекта, предусмотренных бизнес-планом проекта:

- на платежи (кроме первоначального) по договорам лизинга оборудования, необходимого для реализации проекта;
- на оплату услуг сторонних организаций по пусконаладочным работам оборудования для производства фармацевтических субстанций, приобретенного в рамках проекта;
- на приобретение расходных материалов, реактивов для отработки технологии производства, включая наработку предсерийных партий (валидационных серий) фармацевтической субстанции;
- на оплату иных услуг сторонних организаций, связанных с реализацией проекта (объем таких услуг не может превышать 10 процентов общего размера затрат по проекту).

Для получения субсидии бизнес-план проекта должен предусматривать:

- начало выпуска в гражданский оборот фармацевтической субстанции, произведенной в рамках проекта, не позднее 3 лет с даты заключения договора о предоставлении субсидии;
- получение выручки от реализации фармацевтической субстанции, произведенной в рамках проекта, суммарно за 3 года с даты начала ее выпуска в размере, не менее чем в 5 раз превышающем размер предоставленной субсидии.

ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ ОТ 01.10.2015 № 1046

«ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПРАВИЛ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ СУБСИДИЙ ИЗ ФЕДЕРАЛЬНОГО БЮДЖЕТА РОССИЙСКИМ ОРГАНИЗАЦИЯМ НА КОМПЕНСАЦИЮ ЧАСТИ ЗАТРАТ НА РЕАЛИЗАЦИЮ ПРОЕКТОВ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ КЛИНИЧЕСКИХ ИСПЫТАНИЙ ИМПЛАНТИРУЕМЫХ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ В РАМКАХ ПОДПРОГРАММЫ «РАЗВИТИЕ ПРОИЗВОДСТВА МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ» ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРОГРАММЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ «РАЗВИТИЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ И МЕДИЦИНСКОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ» НА 2013–2020 ГОДЫ»

Суть документа ➤ Российским организациям, реализующим проекты по организации и проведению клинических испытаний имплантируемых медицинских изделий, будут предоставляться федеральные субсидии.

Субсидии предоставляются организациям, зарегистрированным в РФ, имеющим действующее разрешение на проведение клинических испытаний медицинских изделий, включенных в перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утверждаемый Правительством РФ.

Субсидии предоставляются на возмещение фактически осуществленных не ранее 1 января 2015 года и документально подтвержденных затрат российской организации, связанных с реализацией проекта, предусмотренных бизнес-планом проекта:

- на приобретение медицинских изделий сравнения;
- на договоры с медицинскими учреждениями, принимающими участие в реализации проекта;
- на страховые взносы по страхованию жизни и здоровья пациентов, участвующих в клинических испытаниях медицинского изделия.

Для получения субсидии, в частности, бизнес-план проекта должен предусматривать:

- начало выпуска и реализации медицинских изделий, прошедших клинические испытания в рамках проекта, не позднее 3 лет с даты заключения договора о предоставлении субсидии;
- получение выручки от реализации медицинских изделий, прошедших клинические испытания в рамках проекта, суммарно за 3 года со дня начала выпуска и реализации этих изделий в размере, не менее чем в 3 раза превышающем размер предоставленной субсидии.

ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ ОТ 01.10.2015 № 1045

«ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПРАВИЛ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ СУБСИДИЙ ИЗ ФЕДЕРАЛЬНОГО БЮДЖЕТА РОССИЙСКИМ ОРГАНИЗАЦИЯМ НА ВОЗМЕЩЕНИЕ ЧАСТИ ЗАТРАТ НА РЕАЛИЗАЦИЮ ПРОЕКТОВ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ В РАМКАХ ПОДПРОГРАММЫ “РАЗВИТИЕ ПРОИЗВОДСТВА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ” ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРОГРАММЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ “РАЗВИТИЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ И МЕДИЦИНСКОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ” НА 2013–2020 ГОДЫ»

Суть документа ➤ Российским организациям, реализующим проекты по организации и проведению клинических исследований приоритетных лекарственных препаратов, будут предоставляться федеральные субсидии.

Субсидии предоставляются в целях развития инновационного потенциала фармацевтической промышленности в соответствии с приоритетными направлениями научных исследований в области инновационного развития здравоохранения:

- разработка противоопухолевых препаратов, совершенствование подходов ранней диагностики опухолевых заболеваний, выявление нового поколения онкомаркеров;
- разработка лекарственных средств в области регенеративных технологий;
- разработка лекарственных средств для ранней диагностики и лечения аутоиммунных и нейродегенеративных заболеваний;
- разработка лекарственных средств для ранней диагностики и лечения эндокринных заболеваний, в том числе сахарного диабета;

- разработка лекарственных средств для ранней диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний;
- разработка лекарственных средств и средств диагностики для предупреждения, лечения и выявления инфекционных заболеваний;
- разработка лекарственных средств для профилактики, диагностики и лечения туберкулеза;
- разработка лекарственных средств для вакцинопрофилактики и лечения особо опасных вирусных заболеваний, в том числе ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов.

Субсидии предоставляются на возмещение фактически осуществленных не ранее 1 января 2015 года и документально подтвержденных затрат, предусмотренных бизнес-планом проекта:

- на приобретение сырья, расходных материалов для наработки образцов разрабатываемого лекарственного препарата;
- на приобретение лекарственных препаратов сравнения;
- на оплату услуг сторонних организаций по проведению лабораторных, клинико-диагностических исследований, обработке полученных клинических данных, а также по транспортировке клинических образцов;
- на страховые взносы по страхованию жизни и здоровья пациентов, участвующих в клинических исследованиях лекарственного препарата.

Среди условий предоставления субсидии:

- бизнес-план проекта должен предусматривать начало выпуска в гражданский оборот лекарственного препарата, разработанного в рамках проекта, не позднее 3 лет с даты заключения договора о предоставлении субсидии;
- бизнес-план проекта предусматривает получение российской организацией выручки от реализации разработанного в рамках проекта лекарственного препарата суммарно за 3 года со дня начала его выпуска в размере, не менее чем в 3 раза превышающем размер предоставленной субсидии.

ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ ОТ 30.09.2015 № 1042

«ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПЕРЕЧНЯ МЕДИЦИНСКИХ ТОВАРОВ, РЕАЛИЗАЦИЯ КОТОРЫХ НА ТЕРРИТОРИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И ВВОЗ КОТОРЫХ НА ТЕРРИТОРИЮ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И ИНЫЕ ТЕРРИТОРИИ, НАХОДЯЩИЕСЯ ПОД ЕЕ ЮРИСДИКЦИЕЙ, НЕ ПОДЛЕЖАТ ОБЛОЖЕНИЮ (ОСВОБОЖДАЮТСЯ ОТ ОБЛОЖЕНИЯ) НАЛОГОМ НА ДОБАВЛЕННУЮ СТОИМОСТЬ»

Суть документа ➤ Утвержден единый перечень медицинских товаров, реализация которых и ввоз на территорию России не подлежат обложению НДС. Документ заменит собой ряд постановлений Правительства РФ, которыми были утверждены перечни товаров, реализация которых освобождалась от налогообложения НДС (в том числе технических средств для профилактики (реабилитации) инвалидности, линз и оправ, жизненно необходимой медицинской техники).

Принятие документа обусловлено необходимостью приведения используемой терминологии в соответствие с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а также позволит унифицировать соответствующие перечни медицинских товаров с целью реализации подпункта 1 пункта 2 статьи 149 и подпункта 2 статьи 150 Налогового кодекса РФ.

**ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ ОТ 15.09.2015 № 979
«О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ОТ 29 ОКТЯБРЯ 2010 Г. № 865 И ОБ УТВЕРЖДЕНИИ МЕТОДИКИ РАС-
ЧЕТА УСТАНОВЛИВАЕМЫХ ПРОИЗВОДИТЕЛЯМИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ
ПРЕДЕЛЬНЫХ ОТПУСКНЫХ ЦЕН НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ, ВКЛЮЧЕН-
НЫЕ В ПЕРЕЧЕНЬ ЖИЗНЕННО НЕОБХОДИМЫХ И ВАЖНЕЙШИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ
ПРЕПАРАТОВ, ПРИ ИХ ГОСУДАРСТВЕННОЙ РЕГИСТРАЦИИ
И ПЕРЕРЕГИСТРАЦИИ»**

- Суть документа > С 1 октября 2015 года обновляется порядок регистрации предельных отпускных цен на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты и методика их расчета.
- В частности:
- уточнен состав сведений, указываемых в заявлении на регистрацию такой цены, а также состав документов, представляемых для регистрации цены;
 - установлены специальные требования к регистрации цен на лекарства, впервые поступающие в обращение на территории РФ, исходя из их стоимости в зарубежных странах, перечень которых приложен к методике;
 - уточнены основания для перерегистрации предельных отпускных цен.
- Также установлен порядок расчета производителями лекарственных препаратов предельных отпускных цен на лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, при их государственной регистрации и перерегистрации.

**РАСПОРЯЖЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ ОТ 22.09.2015 № 1866-Р
<О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ПЛАН РЕАЛИЗАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ
ПРОГРАММЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ «РАЗВИТИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»
НА 2014 ГОД И НА ПЛАНОВЫЙ ПЕРИОД 2015 И 2016 ГОДОВ, УТВ. РАСПОРЯЖЕ-
НИЕМ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ ОТ 04.09.2014 № 1727-Р>**

- Суть документа > Изложен в новой редакции План реализации государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов.

**ПРИКАЗ МИНЗДРАВА РОССИИ № 635Н, РАН № 5 ОТ 10.09.2015
«О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ПЕРЕЧЕНЬ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ,
ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ ЗАБОР, ЗАГОТОВКУ И ТРАНСПЛАНТАЦИЮ ОРГАНОВ
И (ИЛИ) ТКАНЕЙ ЧЕЛОВЕКА, УТВЕРЖДЕННЫЙ ПРИКАЗОМ МИНИСТЕРСТВА**

ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ НАУК ОТ 4 ИЮНЯ 2015 Г. № 307Н/4¹»

Суть документа › Перечень дополнен федеральными учреждениями здравоохранения, осуществляющими забор и заготовку органов и (или) тканей человека и федеральными учреждениями здравоохранения, осуществляющими трансплантацию органов и (или) тканей человека.

**ПРИКАЗ МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 10.09.2015 № 634Н
«О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В НЕКОТОРЫЕ ПРИКАЗЫ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»**

Суть документа › Расширен перечень лекарственных средств для медицинского применения, подлежащих предметно-количественному учету. В указанный перечень включен новый раздел «Иные лекарственные средства, подлежащие предметно-количественному учету», содержащий лекарственные препараты с международными непатентованными наименованиями «Прегабалин», «Тропирамид» и «Циклопентолат».

Уточнено, что рецепты на лекарственные препараты «Прегабалин», «Тропирамид» и «Циклопентолат», выписанные на рецептурных бланках формы № 107-1/у до вступления в силу приказа, действительны до истечения срока их действия (с 1 октября 2015 года рецепты на указанные лекарственные препараты выписываются на рецептурных бланках формы № 148-1/у-88).

Кроме того, в Порядке отпуска физическим лицам лекарственных препаратов для медицинского применения, содержащих кроме малых количеств наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров другие фармакологические активные вещества, уточнена дозировка отдельных комбинированных лекарственных препаратов, которые отпускаются по рецепту.

Приказ вступил в силу с 1 октября 2015 года.

**ПРИКАЗ МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 06.08.2015 № 536Н
«О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ПРАВИЛА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ, УТВЕРЖДЕННЫЕ ПРИКАЗОМ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 28 ФЕВРАЛЯ 2011 Г. № 158Н²»**

Суть документа › Внесен ряд изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н.

В частности, установлено, что информация о сроках и порядке подачи уведомления о включении медицинской организации

¹ Зарегистрирован в Минюсте России 02.10.2015, № 39113.

² Зарегистрирован в Минюсте России 02.10.2015, № 39119.

в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, размещается территориальным фондом на своем официальном сайте в сети Интернет.

Также в случае выявления по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи территориальным фондом по месту оказания медицинской помощи фактов излишне уплаченных сумм за прошлые годы за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис, указанные суммы подлежат возврату в бюджет территориального фонда по месту страхования.

С 1 января 2016 года Правила дополняются формулами по которым рассчитываются: общий размер санкций, применяемых к медицинским организациям; размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи; размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

**ПРИКАЗ МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 07.07.2015 № 420Н
«ОБ УТВЕРЖДЕНИИ АДМИНИСТРАТИВНОГО РЕГЛАМЕНТА МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО ПРЕДОСТАВЛЕНИЮ ГОСУ-
ДАРСТВЕННОЙ УСЛУГИ ПО ПОДТВЕРЖДЕНИЮ ЦЕЛЕВОГО НАЗНАЧЕНИЯ НАРКО-
ТИЧЕСКИХ И ПСИХОТРОПНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ПРЕДНАЗНАЧЕННЫХ
ДЛЯ ОКАЗАНИЯ ГУМАНИТАРНОЙ ПОМОЩИ (СОДЕЙСТВИЯ) ИЛИ ПОМОЩИ ПРИ
ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ И ВЫВОЗИМЫХ С ТЕРРИТОРИИ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ¹»**

Суть документа > Обновлен порядок предоставления государственной услуги по подтверждению целевого назначения наркотических и психотропных лекарств, предназначенных для оказания гуманитарной помощи и вывозимых с территории РФ.

Заявителями на получение государственной услуги являются юридические лица, находящиеся в ведении Минздрава России и МЧС России, а также в ведении органов исполнительной власти субъектов РФ в сфере здравоохранения, при наличии у них лицензии на осуществление деятельности по обороту наркотиков и психотропных лекарств, культивированию наркосодержащих растений – при подтверждении целевого назначения вывозимых наркотических средств.

Определен перечень документов, которые необходимо предоставить заявителю для получения подтверждения целевого назначения лекарственных средств, органы, ответственные за предоставление данной государственной услуги, сроки ее оказания, порядок обжалования действий (бездействия) орга-

¹ Зарегистрирован в Минюсте России 23.09.2015, № 38974.

нов и должностных лиц, участвующих в процессе оказания данной услуги.

Кроме того, установлены сроки принятия решения о выдаче (отказе в выдаче) документа, подтверждающего целевое назначение вывозимых наркотических средств, либо его дубликата.

**ПРИКАЗ МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 15.06.2015 № 343Н
«ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ВОПРОСАМ ПРОФИЛАКТИКИ УПРАВЛЕНИЯ ТРАНСПОРТНЫМ СРЕДСТВОМ В СОСТОЯНИИ АЛКОГОЛЬНОГО, НАРКОТИЧЕСКОГО ИЛИ ИНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ОПЬЯНЕНИЯ¹»**

Суть документа **»** Определен порядок проведения санитарно-просветительной работы по профилактике управления транспортным средством в состоянии опьянения.

Санитарно-просветительная работа направлена на формирование у водителей транспортных средств (кандидатов в водители) негативного отношения к управлению транспортными средствами в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения и приверженности к ведению здорового образа жизни, профилактику психических расстройств и расстройств поведения, связанных с употреблением психоактивных веществ, а также предупреждение правонарушений, связанных с управлением ТС в состоянии опьянения.

Санитарно-просветительная работа организуется и проводится в следующих формах:

- профилактическая беседа по вопросам управления ТС в состоянии опьянения;
- выступления, лекции, доклады по вопросам рисков, связанных с употреблением алкоголя и потреблением наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, для водителей, а также последствий управления ТС в состоянии опьянения;
- распространение научно-популярной литературы, статей, листовок, памяток, плакатов, размещение социальной рекламы, направленной на профилактику управления ТС в состоянии опьянения.

Профилактическая беседа проводится врачом психиатром-наркологом.

Органы исполнительной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья организуют санитарно-просветительную работу, в том числе путем распространения научно-популярной литературы, статей, листовок, памяток, плакатов, размещения социальной рекламы, направленной на профилактику управления ТС в состоянии опьянения, при осуществлении полномочий по участию в санитарно-гигиеническом просвещении населения.

¹ 1 Зарегистрирован в Минюсте России 22.09.2015, № 38951.

**ПРИКАЗ МИНОБРНАУКИ РОССИИ ОТ 03.09.2015 № 964
«ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ФЕДЕРАЛЬНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО
СТАНДАРТА ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ ПО НАПРАВЛЕНИЮ ПОДГОТОВКИ
34.03.01 СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО (УРОВЕНЬ БАКАЛАВРИАТА)»¹**

Суть документа ➤ Утвержден новый федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования, представляющий собой совокупность требований, обязательных при реализации основных профессиональных образовательных программ высшего образования – программ бакалавриата по направлению подготовки 34.03.01 Сестринское дело.

Получение образования по программе бакалавриата допускается только в образовательной организации высшего образования и осуществляется в очной форме обучения.

Признан утратившими силу приказ Минобрнауки России от 17.01.2011 № 57 «Об утверждении и введении в действие федерального государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования по направлению подготовки 060500 Сестринское дело (квалификация (степень) «бакалавр»).

**ПРИКАЗ МИНОБРНАУКИ РОССИИ ОТ 17.08.2015 № 853
«ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ФЕДЕРАЛЬНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО
СТАНДАРТА ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.05.02 ПЕДИАТРИЯ
(УРОВЕНЬ СПЕЦИАЛИТЕТА)»²**

Суть документа ➤ Стандарт содержит совокупность требований, обязательных при реализации основных профессиональных образовательных программ высшего образования – программ специалитета по специальности 31.05.02 Педиатрия.

Получение образования по программе специалитета допускается только в образовательной организации высшего образования и осуществляется в очной и очно-заочной форме обучения.

При реализации программы специалитета организация вправе применять электронное обучение и дистанционные образовательные технологии.

Признан утратившими силу приказ Минобрнауки России от 08.11.2010 № 1122.

¹ Зарегистрирован в Минюсте России 05.10.2015, № 39150.

² Зарегистрирован в Минюсте России 15.09.2015, № 38880.



Для управления качеством медицинской помощи нужно грамотно использовать результаты экспертиз



А.В. Березников,

руководитель дирекции медицинской экспертизы и защиты прав застрахованных
ООО «АльфаСтрахование-ОМС»

Уважаемый Алексей Васильевич, по словам руководителя Росздравнадзора М.А. Мурашко, в настоящее время проводится работа по формированию единой государственной системы по контролю за качеством работы медицинских организаций¹. Как Вы считаете, должны ли в ней участвовать страховые организации, которые обеспечивают контроль качества медицинской помощи по ОМС, или это должна быть альтернативная система?

В настоящее время страховые медицинские организации проводят огромное количество экспертиз страховых случаев: на 1 млн застрахованных по ОМС выполняется порядка 120 тыс. медико-экономических экспертиз и экспертиз качества медицинской помощи в год.

Экспертная деятельность в обязательном медицинском страховании позволяет в полной мере показать реальную ситуацию с качеством медицинской помощи и с выполнением порядков и стандартов медицинской помощи в конкретных учреждениях здравоохранения, по видам медицинской помощи и в разрезе врачебных специальностей.

Каждая из проведенных экспертиз не просто отражает мнение страховой медицинской организации и высококвалифицированных внештатных экспертов качества медицинской помощи, но и согласовывается медицинскими организациями. То есть результаты экспертиз признаются обеими сторонами.

Полагаю, что создавать дублирующую контрольную структуру, проводящую сопоставимые объемы экспертиз, не имеет смысла, так как это повлечет значительные затраты и не даст принципиально новых сведений о качестве. Нужно эффективнее использовать результаты экспертной деятельности в обязательном медицинском страховании для управления качеством в здравоохранении.

Одна из задач страховых медицинских организаций – защита прав застрахованных. В то же время президент «Лиги защитников пациентов» А.В. Саверский выступил с инициативой о введении института омбудсмена пациентов². Насколько это необходимо? Вообще, если ли различие в подходах СМО и организаций по защите прав пациентов?

В данном случае одно дополняет другое. Страховые медицинские организации защищают права граждан в рамках действующего законодательства. Мы требуем исполнения уже существующих законодательных норм в отношении наших клиентов, однако мы не прорабатываем законодательных инициатив и предложений по конкретным группам пациентов. Это делают общественные организации по защите прав пациентов. Полагаю, что поддержка инициатив общественных организаций пациентов омбудсменом будет оправданна.

Хотелось бы отметить, что гражданам следует чаще обращаться в страховые медицинские организации за защитой своих законных прав и интересов. Сейчас в большинстве случаев пациенты сначала обращаются во всевозможные инстанции и только при получении отказа или при неудовлетворительном решении идут в свою страховую компанию. Прямое обращение в страховую организацию сокращает срок рассмотрения обращения и позволяет реально решить проблему – то есть сохраняет время и нервы.

По моему убеждению, в нашей стране пациенты защищены недостаточно. Причем проблема не в законодательстве, а в организации работы по защите прав пациентов. В стране много организаций, защищающих права пациентов. Многие из них обязаны это делать в соответствии с законодательством, другие являются общественными организациями.

Вроде бы все они отстаивают интересы граждан, но векторы их деятельности разнонаправлены.

К сожалению, нет единой общественной организации, как-то координирующей действия всех, кто защищает права пациентов. Нет четкой концепции по организации этой работы – как в части законодательных инициатив, так и в практической защите прав и интересов пациентов. Я считаю, что «Национальная медицинская палата» не может заняться такой координацией: одна



и та же организация не может одновременно защищать интересы и исполнителей, и потребителей медицинских услуг.

Полагаю, что объединение усилий Росздравнадзора, фондов ОМС, страховых медицинских организаций и общественных организаций существенно улучшит положение дел в части защиты прав застрахованных. Страховые медицинские организации готовы к диалогу и продуктивному сотрудничеству.

326-й закон достаточно четко определяет механизмы, с помощью которых СМО воздействуют на качество медицинской помощи: путем отказа в оплате услуг ненадлежащего качества и штрафов. Оппоненты «страховой медицины» говорят, что такие санкции не ведут к уменьшению числа дефектов медицинской помощи. Как оцениваете ситуацию Вы?

Страховые медицинские организации не имеют возможности напрямую вмешиваться в работу медицинских организаций и органов управления здравоохранения. Мы информируем о результатах экспертиз администрацию учреждения: сообщаем о выявленных дефектах, поясняем, что именно сделано неверно и как это исправить. Кроме того, мы сообщаем о результатах экспертиз в территориальные фонды обязательного медицинского страхования и органы управления здравоохранением в субъектах РФ.

По нашему опыту, основные проблемы касаются организации работы с результатами медицинской экспертизы на уровне медицинских организаций и органов управления здравоохранением. Поэтому я бы рекомендовал нашим оппонентам задать вопрос об уменьшении количества дефектов помощи организациям здравоохранения и, во многих случаях, – самим себе.

В качестве позитивного примера позволю себе привести Кемеровскую область. Каждое нарушение тщательно анализируется администрациями медицинских организаций, а системные дефекты, связанные с маршрутизацией больных и взаимодействием учреждений здравоохранения, прорабатываются и устраняются департаментом здравоохранения. Налажен эффективный контроль за устранением выявленных дефектов как со стороны страховых компаний, так и со стороны департамента здравоохранения.

Такой подход позволяет повышать качество медицинской помощи, экономя средства ОМС. Например, количество дефектов при оказании медицинской помощи женщинам с патологией беременности в Кемеровской области за год сократилось вдвое и составило 6,2%. В результате было сэкономлено порядка 10% средств, выделенных на такую помощь.

Что мешает перенимать этот опыт другим регионам? Почему системная работа ведется не во всех регионах и не во всех медицинских организациях?

Штрафы – отдельная тема, в отношении которой есть широко распространенные заблуждения.

Мы все время слышим о финансовых санкциях, которым подвергаются медицинские организации. Размеры этих санкций представляются огромными, буквально ставящими под вопрос возможность дальнейшего функционирования оштрафованного учреждения. Однако, как правило, при этом забывают упомянуть, что все санкции вместе взятые составляют не более одного процента от сумм финансирования медицинских организаций по обязательному медицинскому страхованию в год. То есть, штрафы в принципе не могут оказать значительного влияния на экономику медицинской организации.

Все согласны с тем, что наказание должно быть соизмеримо с содеянным. Однако в обязательном медицинском страховании этот принцип сегодня не работает: наказание почти символично и само по себе не очень мотивирует администрации медицинских организаций менять ситуацию к лучшему.

Отмечу, что наша компания регулярно проводит конференции для практикующих врачей с экспертами качества медицинской помощи – там рассказывают о типичных нарушениях и дают рекомендации по их устранению. Такой опыт у нас есть в Тверской, Брянской, Челябинской, Новгородской и Мурманской областях.

Широко распространено мнение, что страховые компании штрафуют «за запятые» или «за почерк». При каких дефектах чаще всего применяются финансовые санкции к медицинской организации?

Это совсем не так – во всяком случае, в нашей компании.

Напомню, что действующая нормативная база в системе обязательного медицинского страхования дает право медицинским организациям оспаривать результаты экспертиз в процессе их согласования со страховой компанией, а также путем подачи претензии в территориальный фонд ОМС и даже в суде. Медицинские организации в полной мере используют весь этот арсенал средств.

Согласие с результатами экспертизы медицинская организация дает осознанно и добровольно. Поэтому оштрафовать «за запятые» или «за почерк» практически невозможно.

При медико-экономической экспертизе основными дефектами являются ситуации, когда случай оказания медицинской помощи, поданный на оплату в страховую компанию, не имеет подтверждения первичной медицинской документацией, либо не все выставленные в счете услуги отражены в первичных медицинских документах и учетно-отчетных документах медицинской организации. Кроме того, мы часто выявляем необоснованное завышение оплаты за медицинскую помощь по КСГ.



Экспертиза качества медицинской помощи проверяет правильность технологий диагностики, лечения, профилактики, соответствие оказанной медицинской помощи порядкам и стандартам медицинской помощи, протоколам лечения (клиническим рекомендациям). Собственно, типичное нарушение – недостаточный объем проведенных диагностических и лечебных мероприятий, их низкое качество. Отмечу, что, по нашей статистике, в трети случаев эти нарушения имеют последствия для состояния здоровья наших клиентов.

Видимо, вопреки реальной ситуации, кому-то очень выгодно поддерживать иллюзию о «запятах» и «почерках».

По информации ФФОМС, планируется направлять часть средств, полученных в результате финансовых санкций к медицинским организациям, на оплату повышения квалификации медработников, допустивших дефекты помощи. Сейчас часть этих средств идет в доход страховой компании, а остальные используются для оплаты качественной медицинской помощи. Не произойдет ли уменьшения объема средств, идущих на оплату помощи?

Думаю, что этого не произойдет: эти суммы не очень существенны для финансирования здравоохранения.

В то же время, полагаю, при сложившейся системе дополнительного профессионального образования обучение врачей, допустивших нарушения, не окажет сколько-то значимого влияния на качество помощи. Многие нарушения – это не незнание врачей, а проблемы в организации оказания медицинской помощи. Нет единого системного подхода, не проработана внутрибольничная нормативная база: не прописаны обязательные алгоритмы действий медработников, нет внутренних документов, требующих исполнения стандартов и порядков оказания медицинской помощи и т. д.

Думаю, было бы более целесообразно направить средства на поддержание в рабочем состоянии дорогостоящего оборудования, на стажировки врачей, на разработку и внедрение современных систем менеджмента в медицинских организациях.

Частая претензия со стороны медицинских организаций – недостаточно высокий уровень квалификации экспертов качества медицинской помощи в сфере ОМС. Учитывая, что при ошибках экспертов страховая организация может быть оштрафована, как решается вопрос обеспечения качества экспертизы в Вашей компании?

Притча о безграмотных экспертах качества – весьма странный аргумент.

Если эксперт не может отстоять свою позицию и не может подтвердить свои выводы ссылками на нормативные докумен-

ты или клинические рекомендации, то медицинская организация не согласует результат экспертизы. В результате мы не выполним объем экспертиз, заплатим штраф фонду ОМС и получим претензию медицинской организации. Нужен ли нам такой эксперт?

Система обязательного медицинского страхования построена так, что неграмотные эксперты, как правило, не востребованы страховыми медицинскими организациями. Наша компания предпочитает для проведения экспертиз в крупных медицинских организациях областного уровня, а также для разбора обращений граждан привлекать ведущих столичных или региональных специалистов, «с именем» и авторитетом.

Наша компания является заказчиком циклов обучения для экспертов качества медицинской помощи в регионах, проводит для них многочисленные конференции. Система постоянного обучения позволяет нам не только использовать имеющихся квалифицированных специалистов, но и развивать компетенции и повышать квалификацию всех экспертов качества в регионах нашего присутствия.

Какова реальная ответственность эксперта качества медицинской помощи за результаты экспертизы?

На данный момент такая ответственность законодательно не предусмотрена – можно только исключить специалиста из территориального реестра экспертов качества медицинской помощи.

На практике ответственность – это перспектива потери репутации эксперта и невостребованность со стороны страховых медицинских организаций и территориальных фондов ОМС. Отмечу, что в ряде случаев мы практикуем материальную ответственность экспертов за заключения, закрепленную в договорах на проведение экспертиз качества медицинской помощи.

В июле были внесены изменения в 230-й приказ ФФОМС – теперь экспертиза качества медицинской помощи должна проводиться с учетом выполнения клинических рекомендаций. Насколько вообще корректно применять рекомендательный документ, выпущенный любой профессиональной организацией, для экспертизы? Как это будет делаться на практике?

Я не вижу острой проблемы в применении в качестве «эталона» для проведения экспертизы качества медицинской помощи клинических рекомендаций. Еще раз напомню, что законодательство предусматривает согласие медицинской организации с результатами экспертизы до применения санкций и штрафов. В случае если медицинская организация не согласна с результатами экспертизы качества, она будет оспаривать ее результат.



Кроме того, большинство рекомендаций соответствует стандартам медицинской помощи и отражает современные подходы к диагностике, лечению, профилактике. Оптимально для экспертиз качества использовать порядки, стандарты и протоколы, но при их отсутствии вполне пригодны и клинические рекомендации.

По информации ФФОМС, анализ отчетов по оплате стационарной медицинской помощи по КСГ показывает высокую долю случаев, при которых госпитализация не показана (неосложненная артериальная гипертензия, варикозное расширение вен нижних конечностей без оперативного лечения и т. д.). Как используются эти данные в вашей страховой организации?

Если верить нашим зарубежным коллегам, то это проблема вообще характерна для методики оплаты по клинико-статистическим группам заболеваний.

В Российской Федерации маршрутизация пациентов (в частности, их направление в стационар) – прерогатива медицинских организаций. Конечно, это создает условия для беспрепятственной госпитализации больных, не нуждающихся в стационарном лечении. Как я уже говорил, – это один из наиболее частых дефектов, выявляемых при проведении экспертиз.

По моему мнению, изменить положение дел позволит передача функции по маршрутизации пациентов страховым медицинским организациям.

¹ <http://www.kommersant.ru/doc/2644938>.

² <http://izvestia.ru/news/586483>.

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



Реклама



Индивидуальный подход к каждому клиенту!

Комплект для главного врача ЛПУ: интерактивная + печатная версии журнала «Здравоохранение»



Три причины купить комплект

- 1** Вы экономите деньги: на интерактивный журнал в составе комплекта действует скидка 75%
- 2** Вы получаете все преимущества печатного журнала:
 - удобство чтения журнала в привычном бумажном формате;
 - нет зависимости от наличия Интернета;
 - в печатном журнале просто ориентироваться
- 3** Вы получаете расширенные возможности интерактивной версии:
 - персональные экспертные консультации по сложным рабочим ситуациям благодаря сервису «Задать вопрос»;
 - дополнительные материалы: нормативные документы к статьям, материалы из электронной системы «Экономика ЛПУ», журнала «Заместитель главного врача»;
 - удобство работы с интерфейсом: быстрый и точный поиск по всему архиву номеров, возможность распечатать, сохранить, отправить по e-mail любую статью или документ

Оказание высокотехнологичной медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС

Ключевые слова

обязательное медицинское страхование, Федеральный фонд ОМС, медицинская помощь, высокотехнологичная медицинская помощь, тариф на оплату медицинской помощи

О.В. Верховодова,
канд. мед. наук,
зам. нач. Управления модернизации системы ОМС
Федерального фонда обязательного медицинского страхования

С 2014 г. ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ВКЛЮЧЕНА В БАЗОВУЮ ПРОГРАММУ ОМС. ВСЕ НЕОБХОДИМЫЕ НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ АКТЫ ПО ДАННОМУ ВОПРОСУ ПРИНЯТЫ В ПОЛНОМ ОБЪЕМЕ. ОПЛАТА ВМП ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ ОМС ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ УЖЕ ПОЧТИ ДВА ГОДА.

В СТАТЬЕ ПРИВЕДЕНЫ ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ДАННОЙ ПРАКТИКИ В РЕГИОНАХ, ИЗЛОЖЕНЫ АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВМП В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ.

До 2014 г. высокотехнологичная медицинская помощь финансировалась за счет средств федерального бюджета и средств бюджетов субъектов Российской Федерации. С 2014 г. в соответствии с ч. 2 ст. 35 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»¹ базовая программа обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) предусматривает финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи (далее – ВМП) за счет средств ОМС.

Министерством здравоохранения РФ в целях реализации территориальных программ ОМС в рамках базовой программы ОМС на 2014 г. был утвержден перечень видов ВМП по 21 профилю оказания медицинской помощи, который включал 459 наиболее раstraжированных методов лечения с указанием кодов МКБ-10 и моделей пациента².

С 2014 г. оплата ВМП осуществляется по нормативам финансовых затрат, устанавливаемых комиссиями по разработке территориальных программ ОМС, созданными в каждом регионе страны.

С 2015 г. перечень видов ВМП, включенных в базовую программу ОМС, установлен нормативным правовым актом Правительства РФ³. Кроме того, впервые указанный перечень определяет нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в разрезе 30 групп ВМП.

Федеральные нормативы финансовых затрат на 1 случай ВМП учитывают среднюю стоимость одного случая лечения

«В ПРОШЛОМ ГОДУ 459 НАИБОЛЕЕ РАСТИРАЖИРОВАННЫХ МЕТОДОВ ВМП БЫЛИ ПОГРУЖЕНЫ В СИСТЕМУ ОМС. В ИТОГЕ СУЩЕСТВЕННО УВЕЛИЧИЛАСЬ ДОСТУПНОСТЬ ЭТОЙ МЕДПОМОЩИ: ЕСЛИ В 2013 ГОДУ ВМП БЫЛА ОКАЗАНА 505 ТЫС. ЧЕЛОВЕК, ТО ЗА 2014 ГОД БЫЛО ПРОЛЕЧЕНО 715 ТЫС. ЧЕЛОВЕК. ПРИРОСТ СОСТАВИЛ 42% — ЭТО ОЧЕНЬ ВЫСОКИЙ ПОКАЗАТЕЛЬ».

Н.Н. Стадченко, председатель ФФОМС

и потребность населения в ее получении, в том числе затраты медицинских организаций на закупку дорогостоящих медикаментов и материалов в целях недопущения их приобретения за счет личных средств граждан.

Важно ➤ Размер финансового обеспечения указанных затрат определен исходя из частоты применения данных препаратов в разрезе каждого вида ВМП (содержащего в т. ч. методы лечения) и стоимости курса лечения на одного пациента ■

В соответствии с требованиями Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»⁴ федеральные нормативы финансовых затрат на 1 случай ВМП, оказываемой детям, включают затраты медицинских организаций на совместное пребывание в стационарных условиях одного из родителей, иного члена семьи или законно-

го представителя с ребенком до достижения им возраста 4 лет, а с ребенком старше указанного возраста – при наличии медицинских показаний.

Таким образом, федеральные нормативы стоимости 1 случая ВМП, установленные Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 г. и на плановый период 2016 и 2017 гг., предусматривают покрытие расходов медицинских организаций на оказание ВМП в полном объеме.

В соответствии с постановлением Правительства РФ от 05.05.2012 № 462⁵ для каждого субъекта РФ рассчитывается дифференцированный коэффициент, учитывающий обоснованные различия уровней заработной платы в регионах, в т. ч. процентные надбавки к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, за работу в местностях с особыми климати-

Оценка рисков



НЕСОБЛЮДЕНИЕ В РЕГИОНАХ ТРЕБОВАНИЙ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА РФ К УСТАНОВЛЕНИЮ ТАРИФОВ НА ОПЛАТУ ВМП



НЕОБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ СВОИХ ВОЗМОЖНЫХ ДОХОДОВ ОТ СРЕДСТВ, ПОСТУПАЮЩИХ ПО ТАРИФУ, УСТАНОВЛЕННОМУ НА ТЕРРИТОРИИ ЕЕ РАСПОЛОЖЕНИЯ, И ПО ТАРИФУ, УСТАНОВЛЕННОМУ В ИНЫХ РЕГИОНАХ



НЕДОСТАТОЧНОЕ УЧАСТИЕ ФЕДЕРАЛЬНЫХ КЛИНИК В ОКАЗАНИИ ВМП ПО БАЗОВОЙ ПРОГРАММЕ ОМС

ческими условиями, которые установлены для конкретной территории, а также уровень индекса бюджетных расходов субъекта Российской Федерации, характеризующего бюджетную обеспеченность регионов.

Методика расчета норматива финансовых затрат на 1 случай ВМП (тарифов на оплату ВМП) для субъекта Российской Федерации установлена Министерством здравоохранения РФ⁶ и предусматривает применение указанного коэффициента дифференциации к федеральному нормативу финансовых затрат.

Например, размер тарифа на оплату расходов, связанных с применением соответствующего метода лечения по ВМП, в рамках базовой программы ОМС Республики Саха (Якутия) выше тарифа, установленного в Белгородской области, в связи с более высоким значением коэффициента дифференциации в указанной республике.

Следует отметить, что для медицинских организаций, оказывающих ВМП на территории одного субъекта Российской Федерации, установление в регионе дифференцированных (различных) тарифов на оплату ВМП недопустимо, поскольку является нарушением требований Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, требований к структуре и содержанию тарифного соглашения⁷, а также рекомендаций Министерства здравоохранения РФ по формированию и экономическому обоснованию Программы государственных гарантий, направленных в субъекты Российской Федерации.

Важно ➤ С 2015 г. оплата ВМП осуществляется в регионах по тарифам, единым для всех медицинских организаций, оказывающих ВМП на территории субъекта Российской Федерации, вне зависимости от их организационно-правовой формы и ведомственной принадлежности ■

Высокотехнологичная медицинская помощь по перечню видов в рамках базовой программы ОМС оказывается медицинскими организациями любой формы собственности, в т. ч. частной системы здравоохранения, имеющими соответствующую лицензию на осуществление медицинской деятельности, за исключением медицинских организаций Республики Крым и г. Севастополя, которые с 1 июня 2015 г. до 1 января 2017 г. вправе оказывать ВМП в уведомительном порядке без получения соответствующей лицензии⁸.

Медицинская организация включается в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, на основании направленного ею в адрес территориального фонда ОМС уведомления.

В 2015 г. в реестре медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС и имеющих лицензию на оказание ВМП, представлено 778 медицинских организаций (на 21% больше, чем в 2014 г.). Наибольший рост их количества (на 38,2%) отмечен по медицинским организациям, подведомственным органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

В реализации базовой программы ОМС в части оказания ВМП в 2015 г. в целом по стране принимают участие до 50 медицинских организаций негосударственной формы собственности, которые предоставляют пациентам ВМП по различным профилям, в т. ч. при сердечно-сосудистых заболеваниях, являющихся основной причиной высокой смертности населения, по профилю «Сердечно-сосудистая хирургия».

Со второго полугодия 2015 г. в реализации базовой программы ОМС в части оказания ВМП в г. Севастополе принимают участие четыре региональных бюджетных учреждения здравоохранения. Комиссией по разработке территориаль-

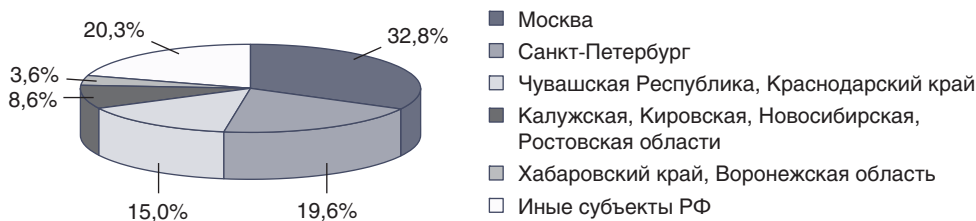


Рис. 1. Распределение объемов ВМП по субъектам Российской Федерации, оказанной лицам, застрахованным в иных субъектах Российской Федерации

ной программы ОМС указанным медицинским организациям выделено более 42 млн руб., что позволит оказать высокотехнологичную медицинскую помощь за счет средств ОМС почти 400 жителям города федерального значения. В Республике Крым предусмотрено до 286 млн руб. на финансовое обеспечение ВМП, оказываемой 8 медицинскими организациями в рамках базовой программы ОМС (в т. ч. 2 – негосударственной формы собственности), для более 2,4 тыс. жителей.

В целях обеспечения доступности медицинской помощи для всех граждан, а не только проживающих в непосредственной близости от Москвы, Санкт-Петербурга и крупных административных центров, законодательством в сфере ОМС предусмотрены механизмы возмещения затрат медицинских организаций в случае оказания ими медицинской помощи застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис ОМС.

Важно ➤ В случае оказания медицинскими организациями ВМП лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации (вне территории месторасположения медицинской организации), предусмотрена возможность расчетов между территориальными фондами ОМС по тарифам, установленным на территории оказания медицинской помощи ■

До 10% оказываемой в стране ВМП в рамках базовой программы ОМС оказывается пациентам, прибывающим из других субъектов Российской Федерации. До 80% таких пациентов лечатся в 10 субъектах Российской Федерации, в т. ч. в Москве, Санкт-Петербурге, Краснодарском и Хабаровском краях, Чувашской Республике, Воронежской, Кировской и Новосибирской областях (рис. 1).

Кроме того, медицинская организация вправе направить уведомление об осуществлении деятельности в сфере ОМС в территориальный фонд ОМС не только по территории ее расположения, но и иного субъекта Российской Федерации.

При этом медицинская организация оказывает ВМП в рамках территориальных программ ОМС обоих регионов с возмещением расходов за счет средств ОМС как по тарифам, установленным на территории расположения указанной медицинской организации, так и по тарифам, установленным в субъекте Российской Федерации, застрахованным лицам которого оказывается ВМП.

В 2015 г. более 40 учреждений здравоохранения включены в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, и оказывают ВМП одновременно в рамках территориальных программ ОМС нескольких субъектов Российской Федерации.

Так, Национальный медико-хирургический центр имени Н.И. Пирогова Минздрава России, оказывающий ВМП по 12 профилям, в т. ч. «Сердечно-сосудистая хирургия», «Онкология», «Травматология и ортопедия», «Акушерство и гинекология», включен в территориальные программы ОМС 6 регионов (Республики Саха (Якутия), Краснодарского края, Ленинградской, Московской и Мурманской областей, а также г. Санкт-Петербурга). Федеральный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова Минздрава России, также имеющий многопрофильную базу, оказывает ВМП жителям 9 регионов (Вологодской, Воронежской, Калининградской, Ленинградской, Магаданской, Новгородской, Псковской и Тамбовской областей, г. Санкт-Петербурга).

Кроме того, ВМП пациентам, застрахованным вне территории расположения медицинской организации, оказывается и учреждениями здравоохранения, подведомственными органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации. Например, Белгородская областная клиническая больница Святого Иоасафа включена в территориальные программы ОМС не только Белгородской, но и Липецкой и Тамбовской областей, а ЗАО «Кардиоклиника» оказывает ВМП жителям не только Санкт-Петербурга, города, в котором располагается, но и Вологодской области.

Важно ➤ Медицинская организация в случае оказания ею медицинской помощи лицам, застрахованным в иных субъектах Российской Федерации (не по месту расположения медицинской организации), вправе выбрать тариф, по которому будет оплачиваться оказанная ею помощь: по тарифу, установленному на территории ее расположения (в рамках межтерриториальных расчетов), или по тарифу, установленному на территории, в которой застрахованному лицу выдан полис ОМС (в рамках террито-

риальной программы ОМС субъекта Российской Федерации) ■

Указанные механизмы возмещения расходов, связанных с оказанием ВМП приезжающим из других регионов пациентам, позволяют медицинской организации планировать свои годовые доходы от этой деятельности.

Безусловно, планирование годового бюджета требует со стороны медицинской организации детального анализа ее возможностей по объемам оказания ВМП не только жителям региона, в котором расположена организация, но и лицам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации, с последующим определением наиболее приоритетного варианта годового бюджета.

Обоснованное планирование объемов ВМП, в т. ч. объективная оценка количества принимаемых на лечение пациентов из различных субъектов Российской Федерации, в настоящее время особенно актуально для федеральных медицинских организаций в связи с переходом от финансирования оказываемой ими помощи за счет средств федерального бюджета в рамках государственного задания по распределяемым квотам на принцип оплаты «деньги следуют за пациентом», действующий в сфере ОМС.

Ежегодно в рамках базовой программы ОМС предусматривается увеличение объемов оказываемой населению ВМП: в 2015 г. не менее чем на 40% (с 238 тыс. случаев в 2014 г. до 329 тыс. случаев). Правительством РФ установлены целевые значения количества больных, которым должна быть оказана ВМП⁹: не менее 25% от запланированных на год объемов ВМП в квартал.

В целом, указанные целевые значения показателя по Российской Федерации достигаются. Так, за период с января по август 2015 г. за счет средств ОМС оплачено 207 тыс. законченных случаев оказания

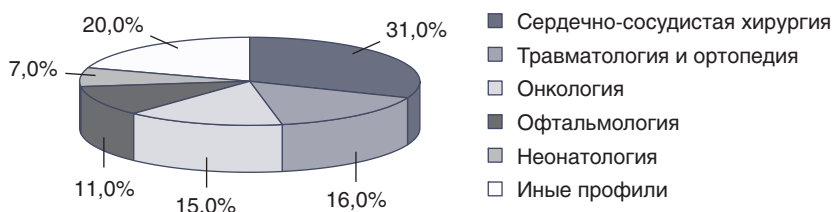


Рис. 2. Распределение объемов ВМП по профилям

ВМП, что составляет 63% от запланированного объема указанного вида медицинской помощи, в т. ч. 67,7% от запланированных на год объемов ВМП для федеральных медицинских организаций.

Важно ➤ Наибольшие объемы ВМП выполнены в рамках территориальных программ ОМС г. Москвы (30 761 госпитализация), г. Санкт-Петербурга (13 047 госпитализаций), Свердловской области (8617 госпитализаций), Республики Башкортостан (7538 госпитализаций), Краснодарского края (7528 госпитализаций) ■

Наибольшее количество пациентов пролечено в государственных учреждениях: Краевой клинической больнице № 1 имени профессора С.В. Очаповского Минздрава Краснодарского края (3998 госпитализаций), Городской клинической больнице им. С.П. Боткина Департамента здравоохранения г. Москвы (3554 госпитализации), Ставропольской краевой клинической больнице (3129 госпитализаций), Воронежской областной клинической больнице № 1 (2614 госпитализаций), а также в Ростовской областной клинической больнице (2238 госпитализаций).

В период с января по август 2015 г. в структуре выполненных объемов ВМП по профилям оказания медицинской помощи в целом по стране TOP-5 составили такие профили, как «Сердечно-сосудистая хирургия» (31% от общего количества госпитализаций), «Травматология

и ортопедия» (16%), «Онкология» (15%), «Офтальмология» (11%), а также «Неонатология» (7%) (рис. 2).

На оплату ВМП по указанным профилям за счет средств, предоставляемых из бюджета Федерального фонда ОМС, направлено 80% от общего объема использованных на ВМП средств ОМС (27 млрд руб.).

Размер финансового обеспечения ВМП по профилю «Сердечно-сосудистая хирургия» составил 10,7 млрд руб., «Травматология и ортопедия» – 4 млрд руб., «Неонатология» – 3,5 млрд руб., «Онкология» – 3,3 млрд руб.

В структуре выполненных объемов более половины случаев также представлены именно теми методами лечения, которые применяются при заболеваниях, являющихся в настоящее время основными причинами смертности населения:

- баллонная вазодилатация с установкой стентов в сосуды (стентирование до трех коронарных артерий) при ишемической болезни сердца (25,6%);
- эндопротезирование суставов конечностей при неправильно сросшихся внутри- и околоуставных переломах и ложных суставах, идиопатическом деформирующем одно- или двухстороннем коксартрозе без существенной разницы в длине конечностей (до 2 см) (8,5%);
- реконструктивно-пластические, микрохирургические, обширные циторедуктивные, расширенно-комбинированные хирургические вмешательства, в т. ч.

с применением физических факторов (гипертермия, РЧА, ФДТ, лазерная и криодеструкция и др.) при злокачественных новообразованиях, в т. ч. у детей (6,6%);

- комплексное хирургическое лечение глаукомы, включая микроинвазивную энергетическую оптико-реконструктивную и лазерную хирургию, имплантацию различных видов дренажей (6,0%);
- имплантация частотно-адаптированного однокамерного кардиостимулятора при пароксизмальных нарушениях ритма и проводимости различного генеза, сопровождающихся сердечной недостаточностью, гемодинамическими расстройствами и отсутствием эффекта от медикаментозной терапии (5,1%);
- поликомпонентная терапия синдрома дыхательных расстройств, врожденной пневмонии, сепсиса новорожденного, тяжелой церебральной патологии новорожденного с применением аппаратных методов замещения или поддержки витальных функций на основе динамического инструменталь-

ного мониторинга основных параметров газообмена, гемодинамики, а также лучевых, биохимических, иммунологических и молекулярно-генетических исследований (4,5%).

Важно ➤ В 2015 г. в сравнении с 2014 г. на оплату ВМП предусмотрено в 1,5 раза больше средств бюджета Федерального фонда ОМС (44 млрд руб. и 29 млрд руб. соответственно) ■

В целях поэтапного погружения ВМП в базовую программу ОМС в настоящее время прорабатывается вопрос о финансовом обеспечении в 2016 г. за счет субвенций из бюджета Федерального фонда ОМС методов ВМП, ранее не включенных в указанную программу.

Указанные меры направлены на повышение доступности ВМП, совершенствование ее финансового обеспечения, а также на реализацию Послания Президента РФ Федеральному Собранию Российской Федерации в части увеличения объема ВМП в 2020 г. по сравнению с 2013 г. почти в 2 раза.

¹ Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

² Приказ Минздрава России от 10.12.2013 № 916н «О перечне видов высокотехнологичной медицинской помощи».

³ Постановление Правительства РФ от 28.11.2014 № 1273 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов».

⁴ Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

⁵ Постановление Правительства РФ от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования».

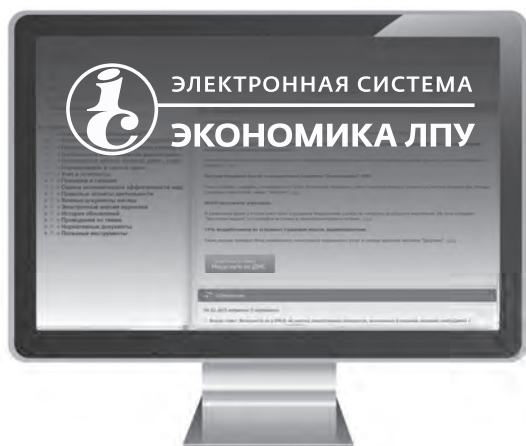
⁶ Письмо Минздрава России от 12.12.2014 №11-9/10/2-9388 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов».

⁷ Приказ ФФОМС от 18.11.2014 № 200 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения».

⁸ В целях реализации ч. 2 ст. 12.2 Федерального конституционного закона от 21.03.2014 № 6-ФКЗ «О принятии в Российскую Федерацию Республики Крым и образовании в составе Российской Федерации новых субъектов – Республики Крым и города федерального значения Севастополя» постановлением Правительства Российской Федерации от 09.03.2015 № 207 «О применении на территориях Республики Крым и г. Севастополя законодательства Российской Федерации о лицензировании отдельных видов деятельности и законодательства Российской Федерации о защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора), муниципального контроля» определены виды деятельности, осуществление которых на территориях Республики Крым и города федерального значения Севастополя допускается с 1 июня 2015 г. без получения лицензии при условии представления юридическим лицом или индивидуальным предпринимателем уведомления об осуществлении соответствующего вида деятельности и соблюдения им временных обязательных требований, устанавливаемых уполномоченным Правительством РФ федеральным органом исполнительной власти. В число указанных видов деятельности включена медицинская деятельность, осуществляемая медицинскими организациями или индивидуальными предпринимателями в уведомительном порядке на срок до 1 января 2017 г.

⁹ Распоряжение Правительства РФ от 04.09.2014 № 1727-р «Об утверждении плана реализации государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»».

Электронная система «Экономика ЛПУ»



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



Проводники по темам

Новинка!

Проводники по темам
Подборка экспертных материалов по сложным темам



Разъяснения экспертов

Разъяснения экспертов
Авторские рекомендации к действию в сложных ситуациях



Вопрос-ответ

Вопрос – ответ
База ответов экспертов на горячие вопросы



Шаблоны и образцы

Шаблоны и образцы
Формы и образцы локальных актов медорганизации



Нормативная база

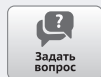
Нормативная база
Законы, приказы, письма, регламентирующие работу ЛПУ



Видеосеминары

Новинка!

Видеосеминары
Видеозаписи семинаров ведущих экспертов на актуальные темы



Задать вопрос

Консультации экспертов
Сервис с возможностью задать вопрос эксперту



Калькуляторы

Электронные калькуляторы
Расчет основных показателей финансовой деятельности ЛПУ



Электронные журналы

Электронные версии журналов
Подборка профессиональных журналов для экономистов



Календарь

Календарь-планировщик
Электронный рабочий планировщик с напоминаниями

Алгоритмы ресурсного калькулятора. Фонд оплаты труда

Ключевые слова

фонд рабочего времени, ФОТ, оплата труда, расходы медицинской организации

М.В. Пирогов,
д-р экон. наук,
проф.

Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ

РАССМАТРИВАЯ МЕДИЦИНСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В РАЗРЕЗЕ РЕСУРСНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ, НЕОБХОДИМО ОТМЕТИТЬ СУЩЕСТВЕННУЮ ДОЛЮ СРЕДСТВ, КОТОРАЯ ПРИХОДИТСЯ НА ФОНД ОПЛАТЫ ТРУДА КАК СПЕЦИАЛИСТОВ, ОКАЗЫВАЮЩИХ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ, ТАК И СПЕЦИАЛИСТОВ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИХ ЛЕЧЕБНЫЙ ПРОЦЕСС И ВЫПОЛНЯЮЩИХ АДМИНИСТРАТИВНО-ХОЗЯЙСТВЕННЫЕ ФУНКЦИИ.

В СТАТЬЕ ПРЕДЛОЖЕНЫ МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ И ПРАКТИЧЕСКИЕ АЛГОРИТМЫ УЧЕТА РАЗЛИЧНЫХ АСПЕКТОВ, СВЯЗАННЫХ С ОЦЕНКОЙ ТРУДА РАБОТНИКОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, В РАМКАХ «РЕСУРСНОГО КАЛЬКУЛЯТОРА», ИСПОЛЗУЮЩЕГО НОРМАТИВНЫЙ МЕТОД ЦЕНООБРАЗОВАНИЯ ПРИ РАСЧЕТЕ СТОИМОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Изначально медицинская деятельность предполагала простое взаимодействие врача и пациента с минимальными затратами по другим видам ресурсов (не более 5–10%). Внедрение современных медицинских технологий (специализированной, высокотехнологической медицинской помощи) способствовало изменениям традиционных пропорций между видами ресурсов, необходимых для реализации инновационных технологий.

Необходимость объективной «увязки» фонда оплаты труда с применяемыми лечебно-диагностическими технологиями становится особенно актуальной в свете общего увеличения данного ресурса в соответствии с «майскими» указами Президента РФ.

Для ряда медицинских технологий в онкологии, гематологии, кардиологии, травматологии и ортопедии расходы, не связанные с оплатой труда медицинского и прочего персонала, достигают 90–95% в связи со стоимостью расходных материалов, лекарственных препаратов, медицинских имплантов и амортизации медицинского оборудования.

Оснащение медицинских организаций страны современным диагностическим и лечебным оборудованием в рамках реформы модернизации здравоохранения привело к значительному увеличению стоимости основных фондов и, как следствие, повышению инвестиционных затрат.

«В ПОСЛЕДНИЕ ГОДЫ В ПРАКТИКУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ШИРОКО ВНЕДРЯЮТСЯ СТАНДАРТЫ ОБЪЕМА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ПРОТОКОЛЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ. ОДНАКО ПОЖЕЛАНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ – РАЗРАБОТЧИКОВ ЭТИХ ДОКУМЕНТОВ ЧАСТО ОКАЗЫВАЮТСЯ НЕРЕАЛИЗОВАННЫМИ ИЗ-ЗА НЕДОСТАТОЧНОЙ РЕСУРСНОЙ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ. ЭКОНОМИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЭТИХ ДОКУМЕНТОВ ТРЕБУЕТ СООТВЕТСТВУЮЩЕГО МЕТОДИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ, СВЯЗАННОГО С НОРМИРОВАНИЕМ ТРУДА».

В.М. Шипова, член ученого совета
ФГБНУ НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко

На современном этапе отрасль здравоохранения все еще является «трудоемкой» отраслью национальной экономики, что подтверждается данными по стоимости используемых ресурсов, в рамках программы государственных гарантий по бесплатному оказанию медицинской помощи в России (далее – ПГГ).

По данным отчетов медицинских организаций, реализующих ПГГ, большая часть затрат, связанных с реализацией программы, приходится на фонд оплаты труда (с начислениями страховых взносов). Размер затрат выше в тех медицинских организациях, которые оказывают услуги по территориальным программам ОМС, – практически это 70% всех расходов. Учитывая сложившуюся пропорцию «бюджетной» и «страховой» составляющих ПГГ – 30 и 70%, можно опре-

делить средневзвешенное значение затрат по ПГГ, связанных с оплатой труда: $53,2 \times 0,3 + 69,6 \times 0,7 = 64,8\%$.

Анализируя диаграммы расходов по бюджету, в части прочих затрат (29,4%), по сравнению с аналогичными расходами в системе ОМС (13,4%), и учитывая специфику тарифов в системе ОМС (в тариф ОМС не включаются расходы, связанные с капитальным ремонтом и строительством и с приобретением оборудования стоимостью свыше 100 тыс. руб.).

Очевидно, что расходы бюджета по данным направлениям осуществляются и для медицинских организаций, выполняющих территориальную программу ОМС, и имеющих государственную и муниципальную формы собственности.

Остальные типичные для здравоохранения расходы (питание, медикаменты,

Оценка рисков



РОСТ ФОНДА ОПЛАТЫ ТРУДА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ И УВЕЛИЧЕНИЕ ЕГО ДОЛИ В ОБЩИХ РАСХОДАХ МЕДОРГАНИЗАЦИЙ



ОТСУТСТВИЕ ФЕДЕРАЛЬНЫХ НОРМАТИВОВ ТРУДОЕМКОСТИ И СЛОЖНОСТИ ДЛЯ МЕДУСЛУГ, ВКЛЮЧЕННЫХ В НОМЕНКЛАТУРУ



ВЫСОКАЯ СТЕПЕНЬ РЕГИОНАЛЬНОЙ СУБЪЕКТИВИЗАЦИИ КРИТЕРИЕВ ОЦЕНКИ СЛОЖНОСТИ И РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ МЕДДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ОТРАСЛЕВЫХ СИСТЕМ ОПЛАТЫ ТРУДА

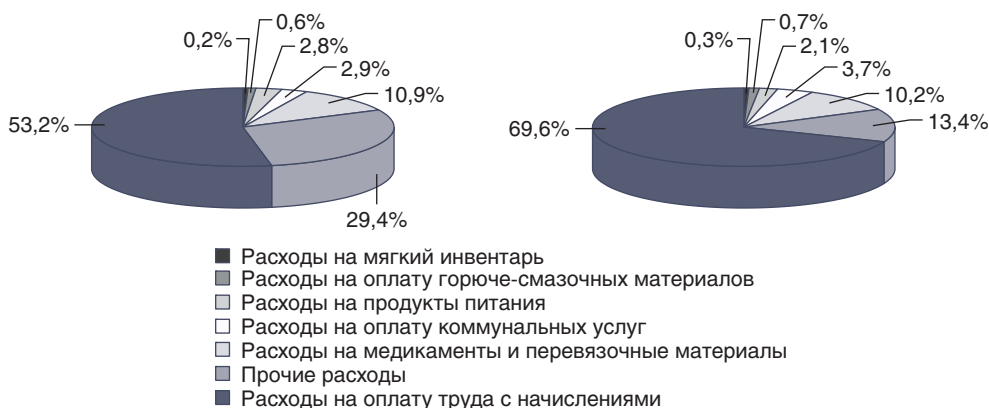


Рис. 1. Структура расходов на ПГГ в 2014 г.

коммунальные платежи) практически не отличаются в «бюджете» и в «страховании».

Исходя из этих выводов, можно считать долю заработной платы (с начислениями) на уровне 68% общих расходов здравоохранения, а программу государственных гарантий – «трудоемкой».

Анализируя текущую ситуацию с ресурсным обеспечением в отечественном здравоохранении и определяя границы «оптимальности» ресурсных пропорций, необходимо учитывать особенности, специфичные для России: большая часть ПГГ (и территориальных программ ОМС) реализуется государственными и муниципальными медицинскими организациями.

Хотя за последние три года (2012–2014 гг.) доля негосударственных медицинских организаций постоянно растет и сегодня превышает 25%¹.

Данные по объемам (и соответственно по финансовым средствам), выполняемым негосударственными медицинскими организациями, в ежегодных отчетах Министерства здравоохранения РФ не представлены, а анализ плановых заданий территориальных программ отдельных субъектов РФ (там, где они формируются) показывает очень скромные цифры

(от 0,5 до 3,5%), т. к. «частники» в основном занимаются поликлинической стоматологией и гинекологией, осуществляют диагностику и выполняют эксклюзивные медицинские технологии в офтальмологии и по ЭКО.

Фонд оплаты труда в государственных (муниципальных) медицинских организациях формируется на основе проводимой тарификации медицинского и прочего персонала и зависит от числа занятых в медицинской организации ставок и параметров, определяющих особенности и условия труда специалистов (например: стаж, вредные условия труда, работа в сельской местности и т. п.).

Число ставок (лечебного и прочего) персонала, в свою очередь, определяется в соответствии с «мощностью» медицинской организации – числом и профилем коек, числом посещений в смену, характеристиками операционного, реанимационного, диагностического подразделений и т. п.

Необходимо отметить, что в системе «Семашко» постоянно проводилась работа по «увязке» нормативов штатной численности с объемом и спецификой деятельности медицинских организаций. Научно-методическая часть этой работы осуществлялась специалистами НИИ

Минздрава СССР, а нормативно-регуляторная – непосредственно органами управления здравоохранением, начиная с Минздрава СССР и заканчивая Исполкомом сельского Совета. Наличие нормативной «вертикали» и «сметное» финансирование обеспечивали определенные пропорции в ресурсном обеспечении, изменить которые можно было только по инстанции. В настоящее время, проводя тарификацию медицинской организации разрешено руководствоваться всеми существующими нормативными документами, позволяющими определить число должностей в медицинской организации. Даже порядки оказания медицинской помощи, утвержденные отраслевым министерством и обязательные для исполнения всеми медицинскими организациями (см. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»), в части штатных нормативов ограничиваются рекомендациями, и только по лечебному персоналу.

Взятый в 2012 г. курс на повышение оплаты труда медицинским работникам

имеет конкретные параметры по размеру средней заработной платы и по срокам достижения этого показателя (табл. 1).

Планом деятельности Министерства здравоохранения определена динамика соотношения зарплат по категориям занятых на период 2013–2018 гг. (табл. 1), которая позволяет рассчитать ФОТ по отрасли и сопоставить его с данными об общих расходах бюджетной системы на здравоохранение в 2013–2016 гг. в соответствии с проектировками Минфина России (табл. 2).

Из данных табл. 2 следует, что, по прогнозам Минфина России, доля ФОТ в объеме расходов должна существенно увеличиться за короткий промежуток времени, что может повлечь за собой деформацию структуры затрат и в конечном итоге привести к снижению качества услуг здравоохранения.

В этой связи для целей планирования расходов на отрасль на ближайшие три года эксперты предположили, что сохранение должного уровня качества услуг (без его снижения) достигается при со-

Таблица 1

**Соотношение заработных плат медицинского персонала и врачей
со средней заработной платой в 2013–2018 гг., %**

Категория персонала	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.
Младший медицинский персонал (ММП)	50,1	51,0	52,4	70,5	100,0	100,0
Средний медицинский персонал (СМП)	75,6	76,2	79,3	86,3	100,0	100,0
Врачи	125,7	130,7	137,0	159,6	200,0	200,0

Источник: Минздрав России.

Таблица 2

Общие расходы и ФОТ в здравоохранении в 2013–2016 гг., млрд руб.

Категории расходов	2013 г.	2014 г.	2015 г.	2016 г.
Расходы на здравоохранение ОНБП	2429,1	2508,3	2638,2	2837,3
Доля ФОТ в общих расходах, %	56,0	61,0	66,0	75,0
ФОТ в здравоохранении	1354,2	1542,0	1732,0	2136,1
Условная потребность в расходах на здравоохранение	2429,0	2671,0	2917,0	3380,0

Источник: Минфин России, расчеты Института «Центр развития» НИУ ВШЭ.

хранении стабильного реального уровня всех остальных расходов, кроме ФОТ (с индексацией на 5% в год).

Учитывая специфику формирования фонда оплаты труда в отечественном здравоохранении, не связанную непосредственно с объемом и структурой ПГГ (базовой программы ОМС), закономерным является увеличение значения данного ресурса, без изменения количества и качества медицинской деятельности. Тем более что параметры средней заработной платы определены на физическое лицо, а не на ставку врача, среднего и младшего медицинского персонала. А ставка не наполнена объемом деятельности, являющейся совокупностью медицинских и сервисных услуг, оказываемых конкретными специалистами конкретным пациентам.

Теоретически достижение определенного уровня средней заработной платы может обеспечиваться несколькими альтернативными путями:

- простое повышение финансовой составляющей, обеспечивающей среднюю заработную плату, по сложившейся лечебной сети и соответственно по устоявшейся штатной численности медицинских работников;
- уменьшение числа врачей, среднего и младшего медицинского персонала без существенного уменьшения сложившегося фонда оплаты труда в медицинских организациях, в том числе за счет закрытия неэффективных медицинских организаций;
- поиск дополнительных составляющих источников для увеличения средней заработной платы на одно физическое лицо, например увеличение доли платности в здравоохранении, которая позволит часть полученных доходов направить на оплату труда медицинского персонала.

На практике для выполнения дорожных карт в части повышения оплаты тру-

да региональные власти применяют все три возможные альтернативы при условии высокой степени субъективности в части оценки эффективности или неэффективности региональной лечебной сети и отдельных медицинских организаций, формально применяя средние и очень сильно агрегированные объемные нормативы ПГГ (базовой программы ОМС) для своего специфического региона, а то и к отдельной медицинской организации.

Перед тем как оптимизировать лечебную сеть, необходимо сформировать параметры оптимальной деятельности и критерии изменения средних национальных нормативов с учетом объективных данных по заболеваемости и структуре населения, доступности медицинской помощи и специфике районирования медицинских организаций.

Что касается активно развивающихся платных услуг, то в условиях отсутствия конкретизации медицинской деятельности в части бесплатной помощи любую медицинскую услугу (за редким исключением) можно с одинаковыми основаниями считать как бесплатной, так и платой.

В условиях неопределенности государственных гарантий и низкой платежеспособности населения ухудшается доступность медицинской помощи для широких слоев населения. Исследования, проводимые РМЭЗ НИУ ВШЭ в 2013 г., наглядно демонстрируют данную негативную тенденцию (рис. 2).

По мнению автора, первоочередное решение проблем повышения заработной платы при высокой неопределенности представленных возможных альтернатив неизбежно приведет к субъективному процессу оптимизации лечебной сети и сокращению реальных медицинских услуг, оказываемых населению бесплатно. С другой стороны, ограниченное финансирование ПГГ (программы ОМС) и экс-



Рис. 2. Доля домохозяйств, члены которых в течение 12 месяцев до опроса только из-за нехватки денег не смогли получить лечение или необходимые лекарства

пертные методы формирования тарифов ОМС на основе сложившихся затрат (данный метод допускается Правилами ОМС) уже сегодня приводят к вымыванию непосредственных расходов на лечебный процесс в ущерб растущей заработной плате.

Следует отметить, что похожая точка зрения отражена в докладе «Проблемы и перспективы финансирования российского здравоохранения»² доктора экономических наук, профессора С.В. Шишкина (НИУ «Высшая школа экономики»), озвученном на Всероссийской научно-практической конференции «Сценарии развития социальной сферы в условиях новых вызовов», проходившей в Москве 27 ноября 2014 г. Частные (официальные) расходы на здравоохранение в нашей стране превысили 30%, а доля неформальных платежей (деньгами или подарками) составляет в амбулаторном звене 25%, а в стационарном – доходит до 30%.

Приведем наиболее значимые тезисы доклада С.В. Шишкина (рис. 3).

1. Решение задачи повышения оплаты труда при запланированных размерах государственного финансирования здравоохранения ведет к дефициту средств на покрытие прочих расходов медицин-

ских учреждений: на медикаменты, питание, использование, ремонт и приобретение медицинского оборудования и др.

2. Доля дефицита средств в требуемом объеме прочих расходов (увеличение прочих расходов с темпом инфляции минус экономия за счет мер по повышению эффективности) составит 49% в 2018 г.

Рост этого дефицита в 2016–2018 гг. будет означать:

- частичное перенесение покрытия требуемых расходов на домохозяйства;
- рост цен на медицинскую помощь и соответственно снижение ее доступности для необеспеченных групп населения;
- увеличение простоев медицинского оборудования и соответственно доступности диагностических и лабораторных исследований и т. д.;
- сокращение обновления медицинского оборудования и усиление технологического отставания здравоохранения от западных стран.

Министр здравоохранения России В.И. Скворцова отметила, что в целом по стране в 2014 г. среднемесячная заработная плата врачей и работников медицинских организаций достигла 46,2 тыс. руб.,

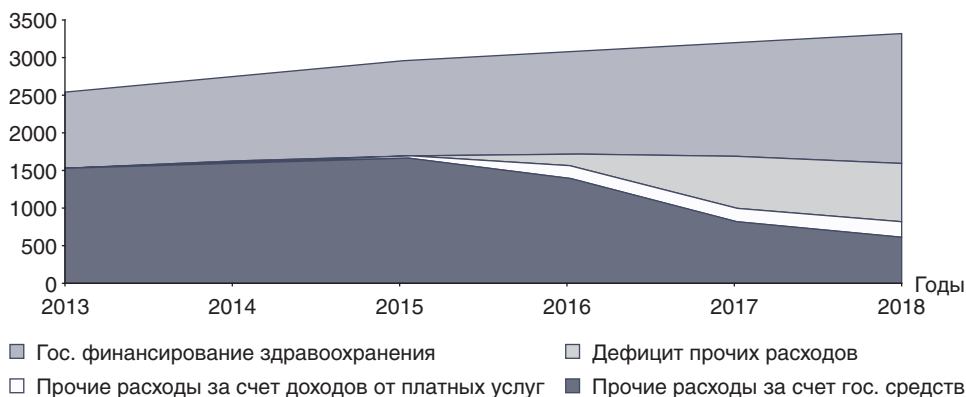


Рис. 3. Прогнозируемый дефицит прочих расходов

среднего медицинского (фармацевтического) персонала – до 26,3 тыс. руб.³

Вместе с тем проведенные Минздравом России и Росздравнадзором проверки по жалобам граждан показали, что в региональных медицинских организациях заработные платы у медицинских работников со сходными уровнем квалификации, стажем и должностью существенно образом различаются. В некоторых случаях – до 9 раз. Причина дисбаланса – низкая доля фиксированной части дохода (оклада) в структуре зарплаты, которая составляет от 15 до 30%, при необоснованно высокой доле стимулирующих выплат – более 50%, распределение которых часто субъективно⁴.

Минздравом России проведен анализ действующих систем оплаты труда медицинских работников учреждений здравоохранения субъектов Российской Федерации. На основании полученных данных можно сделать вывод, что в большинстве субъектов Российской Федерации сложилась неоптимальная структура заработной платы медицинских работников, приводящая к значительной как межрегиональной, так и внутрирегиональной дифференциации заработной платы медицинских работников одних и тех же медицинских специальностей и типов учреждений.

В целях сохранения кадрового потенциала отрасли, повышения престижности и привлекательности работы в медицинских организациях и в соответствии с утвержденными решением Российской трехсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений (протокол от 25 декабря 2013 года № 11) Едиными рекомендациями по установлению на федеральном, региональном и местном уровнях систем оплаты труда работников государственных и муниципальных учреждений на 2014 г. полагаем целесообразным провести в субъектах Российской Федерации работу по совершенствованию систем оплаты труда медицинских работников, направленных на внедрение новых подходов к формированию гарантированной части заработной платы, сбалансировав долю тарифной части заработка работников и иных выплат таким образом, чтобы 55–60% заработной платы направлялось на выплаты по окладам, 30% структуры заработной платы составляли стимулирующие выплаты за достижение конкретных результатов деятельности по показателям и критериям эффективности, 10–15% структуры заработной платы – компенсационные выплаты в зависимости от условий труда медицинских работников (письмо Мин-

здрави России от 04.09.2014 № 16-3/10/2-6752 «О совершенствовании региональных и муниципальных систем оплаты труда медицинских работников»).

В соответствии со ст. 129 Трудового кодекса Российской Федерации оклад (должностной оклад) – это фиксированный размер оплаты труда работника за исполнение трудовых (должностных) обязанностей определенной сложности за календарный месяц без учета компенсационных, стимулирующих и социальных выплат.

Таким образом, размеры окладов должны дифференцироваться исключительно в зависимости от сложности трудовой функции, при этом необходимо обеспечивать зависимость заработной платы каждого работника от его квалификации, сложности выполняемой работы, количества и качества затраченного труда.

С 2008 г. в субъектах Российской Федерации осуществляется перевод медицинских работников с региональных единых тарифных сеток на новые системы оплаты труда, основанные на положениях систем оплаты труда, предусмотренных для работников федеральных бюджетных и казенных учреждений:

- повышение самостоятельности учреждения при определении условий оплаты труда работников в пределах фонда оплаты труда, формировании штатного расписания;
- установление окладов (должностных окладов) на основе отнесения должностей к квалификационным уровням профессиональных квалификационных групп медицинских и фармацевтических работников;
- установление выплат стимулирующего и компенсационного характера в соответствии с утверждаемыми перечнями видов выплат, аналогичными применяемым в федеральных государственных учреждениях;
- зависимость оплаты труда руководителя от выполнения целевых показате-

телей эффективности деятельности учреждения.

Введение новых систем оплаты труда в целом позитивно повлияло на динамику заработной платы работников государственных (муниципальных) учреждений. Практически при неизменной численности работников медицинских организаций в 2008–2012 гг. среднемесячная начисленная заработная плата выросла более чем в 2 раза.

При этом, по данным Росстата, за I полугодие 2014 г. сохраняется высокая межрегиональная дифференциация в уровнях оплаты труда врачей от 25 267 руб. до 114 023 руб., среднего медицинского персонала от 14 855 руб. до 69 153 руб. Такая дифференциация, если не учитывать субъекты Российской Федерации, в которых осуществляются выплаты за работу в местностях с особыми климатическими условиями (районные коэффициенты, процентные надбавки к заработной плате), сложилась в основном за счет различий в размерах окладов по профессиональным квалификационным группам, поскольку надтарифные выплаты (стимулирующие и компенсационные) устанавливаются в процентах к окладам, а их соотношение в структуре заработной платы по типам учреждений в субъектах Российской Федерации примерно одинаково (стимулирующие выплаты – 45–50%, компенсационные выплаты – 20–25%).

Так, размеры окладов по первому квалификационному уровню профессиональной квалификационной группы «Врачи и провизоры», установленные нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации, составляют от 3450 руб. (Карачаево-Черкесская Республика) до 12 197 руб. (Московская область), что сказывается и на среднемесячной заработной плате врачей, которая за I полугодие 2014 г. в указанных регионах составила соответственно 26 024 руб. и 57 114 руб.

Важно ➤ Введение новых систем оплаты труда привело и к некоторым негативным последствиям – к значительным, не всегда обоснованным, различиям в оценке сложности и результатов труда, увеличению дифференциации между заработной платой руководителя и работников учреждения ■

Так, среднемесячная заработная плата отдельных руководителей государственных учреждений существенно (более чем в 10 раз) превышала заработную плату работников этих учреждений.

Кроме того, сложилась неоптимальная структура заработных плат медицинских работников. В среднем в рамках новых систем оплаты труда в субъектах Российской Федерации расходование фонда оплаты труда на выплаты по окладам медицинским работникам составляет 30%, на компенсационные выплаты – 20% и на стимулирующие выплаты – 50%. Примерно в половине субъектов Российской Федерации доля оклада в структуре заработной платы составляет от 20 до 30%, в трети субъектов Российской Федерации – менее 20% и лишь в 7 регионах 40–50%. Такие соотношения характерны для большинства медицинских специальностей и типов учреждений.

В то же время в структуре заработной платы по-прежнему высока доля «статусных» выплат, не нацеленных на эффективный результат (за стаж непрерывной работы, выслугу лет, за квалификационную категорию, за наличие ученой степени, ученых званий), которые в общих объемах стимулирования достигают в среднем 50%.

Важно ➤ Значительные суммы стимулирования распределяются между работниками по формальному принципу, зачастую по субъективным оценкам руководителей без увязки с результатами труда ■

Бесспорно, отраслевая система оплаты труда нуждается в постоянном совер-

шенствовании, и рекомендации Минздрава России позволят упорядочить соотношение между гарантированным окладом, стимулирующими выплатами и компенсационными выплатами, в зависимости от условий труда медицинских работников.

Важно ➤ При этом необходимо учитывать, что рекомендуемые соотношения в оплате труда не являются нормативом, оценивающим этот труд, и не отвечают на вопросы, связанные непосредственно с нормированием медицинской и немедицинской деятельности ■

Единственным нормативным документом, на основании которого можно измерить объем медицинской деятельности врачебного и среднего медицинского персонала и определенным образом оценить стоимость этой деятельности в зависимости от заболевания (состояния) пациента, а также в соответствии с используемой медицинской технологией, являются стандарты медицинской помощи.

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» стандарт медицинской помощи (СМП) определен как средний набор медицинских услуг, включаемых в номенклатуру, утверждаемую отраслевым министерством.

При этом в СМП применительно к услугам используются два численных значения:

1) среднее число медицинских услуг в рамках законченного случая лечения по стандарту, определяемое как среднее арифметическое в допустимом диапазоне отклонений от минимального до максимального значения. Диапазон отклонений определяется по принципам доказательной медицины на основе современной теории и практики диагностики и лечения различных заболеваний;

2) средняя частота применения медицинской услуги, определяемая как доле-вое значение пациентов, которым (по заключению лечащего врача, врачебного консилиума, врачебной комиссии и т. п.) необходимо оказание данных диагностических или лечебных услуг. Данный показатель является вероятностным (т. е. стохастическим) и может быть определен только на основе рассмотрения статистических совокупностей и репрезентативных выборок или экспертным путем с последующим практическим подтверждением (или опровержением).

При этом значение данного показателя, равное единице, означает, что данная услуга, как правило, оказывается каждому пациенту, заболевание (состояние) которого соответствует модели пациента, для которой разработан (и утвержден) СМП. Средняя частота применения также может подвергаться пересмотру на принципах доказательной медицины.

С точки зрения наличия информации для нормативной оценки стоимости медицинской деятельности (а именно нормативный метод расчета тарифа ОМС стоит первым в перечне предлагаемых методов экономических расчетов, в рамках Правил ОМС, утвержденных Минздравом России) стандарт медицинской помощи содержит исходные данные, характеризующие только клинические аспекты.

Подобные клинические данные могут содержаться не только в стандартах, но и в любом одобренном медицинским сообществом (группой клиницистов) среднем наборе услуг для лечения и диагностики заболевания или группы заболеваний, с учетом корректного формирования среднего числа и средней частоты применения медицинских услуг.

Рассматривая совокупность медицинских услуг в рамках статистически

достоверного (или прогнозируемого) количества пациентов, для диагностики и лечения которых необходимы конкретные медицинские технологии, можно достаточно точно определить **суммарное время медицинской и немедицинской деятельности** по следующей формуле:

$$T_{в/с} = \sum(Y_i \times Ч_i) \times t_{i(в/с)} \quad (1)$$

где: $T_{в/с}$ – время медицинской деятельности врачебного ((в) и (или) среднего медицинского персонала (с));

Y_i – количество i -х услуг с соответствующей частотой применения $Ч_i$;

$Ч_i$ – частота применения для i -х услуг;

$t_{i(в/с)}$ – трудоемкость (время выполнения) медицинских услуг врачебным и (или) средним медицинским персоналом.

Номенклатура медицинских услуг, утвержденная Минздравом России в 2013 г., не содержит данных по времени выполнения медицинских услуг (t_i), данный параметр может быть определен на основании технических характеристик диагностического и лечебного оборудования, с помощью которого эти услуги выполняются, и времени, необходимого для подготовки оборудования для следующего использования.

$$t_i = t_n + t_o + t_s \quad (2)$$

где: t_n – время подготовки пациента (оборудования) к оказанию медицинской услуги;

t_o – время непосредственного использования медицинского оборудования при оказании услуги;

t_s – время, необходимое для начала следующего этапа подготовки пациента (оборудования) к оказанию медицинской услуги (может быть равным «нулю»).

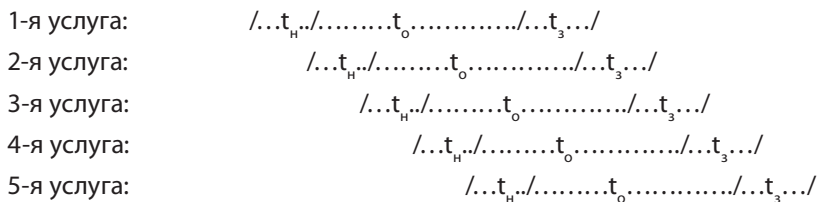


Рис. 4. Схема определения K_T

Значение параметров t_3 и t_n необходимо учитывать не только для корректного расчета трудозатрат, но и при оценке медицинской деятельности по услугам, допускающим одновременное выполнение одним и тем же специалистом (например, физиотерапия), и расчета коэффициента одновременного выполнения медицинских услуг – K_T .

На рис. 4 представлена схема определения данного коэффициента.

Из представленной схемы очевидно, что один специалист не сможет одновременно обслуживать больше 4 пациентов, т. к. подготовительное время для пятой услуги ($t_{п5}$) совпадает с окончанием времени непосредственного использования медицинского оборудования для первой медицинской услуги ($t_{о1}$).

Коэффициент одновременного выполнения медицинских услуг определяется по следующей формуле:

$$K_T = (t_i - t_n - t_3) / t_n \tag{3}$$

Данная формула может быть преобразована к более простому виду, если t_3 равно нулю:

$$K_T = t_o / t_n \tag{3.1}$$

При одновременном выполнении нескольких услуг одним специалистом формула 1 примет следующий вид:

$$T_{в/с} = \sum(Y_i \times Ч_p) \times t_i / K_T \tag{4}$$

Для медицинских услуг, выполняемых непосредственно врачом и средним медицинским персоналом, без применения медицинского оборудования время выполнения определяется хронометражем.

Кроме того, номенклатура медицинских услуг не содержит данных по составу сложных медицинских услуг, что усложняет оценку времени их выполнения, по совокупности входящих в нее простых медицинских услуг, и делает некорректным применение коэффициента маржинальности. По этой причине оптимальным способом оценки времени сложных услуг является проведение хронометража.

До утверждения приказом Минздрава России времени выполнения медицинских услуг в рамках номенклатуры медицинских услуг определение трудоемкости услуг можно отнести к компетенции структуры, отвечающей за нормирование медицинской деятельности и оценку стоимости труда в здравоохранении на уровне субъекта РФ.

¹ По числу юридических лиц.

² <http://chp.hse.ru/data/2015/03/11/1094671686/27.11.2014.pdf>.

³ <http://www.rosminzdrav.ru/news/2015/04/15/2300-ministr-veronika-skvortsova-vystupila-na-kollegii-minzdrava-rossii-ob-itogah-raboty-ministerstva-v-2014-godu-i-zadachah-na-2015-god>.

⁴ Информационный ресурс: www.rosminzdrav.ru/news/2015/04/15/2300-ministr-veronika-skvortsova-vystupila-na-kollegii-minzdrava-rossii-ob-itogah-raboty-ministerstva-v-2014-godu-i-zadachah-na-2015-god.

Электронная система «Экономика ЛПУ»

Госпитальные закупки по Закону № 44-ФЗ

The screenshot shows the search results page of the 'Экономика ЛПУ' website. The search query is 'Госпитальные закупки по Закону № 44-ФЗ'. The results are filtered by 'По типу материала' and 'По рубрикам'. The search results list several items, including:

- 1. Разъяснение: **Проводники по темам**
– ...Проводники по темам – это тематическая подборка... В системе доступны проводники по темам: Особенности оплаты труда медицинских работников >>> Госпитальные закупки лекарств по Закону № 44-ФЗ >>> Оказание медицинских услуг...
- 2. Разъяснение: **Видеосеминары ведущих экспертов отрасли на 2015 год**
– ...Тема: Некоторые особенности госпитальных закупок лекарственных средств по нормам Закона № 44-ФЗ Докладчик: Иванов Александр... работа медицинской организации по жалобам пациентов Доступен... работа медицинской организации по жалобам пациентов». Чтобы...
- 3. Новость: **Проводник по теме: Госпитальные закупки лекарств по Закону № 44-ФЗ**
– ...средств по Закону № 44-ФЗ (согласно... Федеральному закону № 44-ФЗ). Проводник по теме «Госпитальные закупки лекарств по Закону № 44-ФЗ... лекарств по Закону № 44-ФЗ Проводник по теме: Госпитальные закупки лекарств по Закону № 44-ФЗ
- 4. Проводник по теме: **Госпитальные закупки лекарств по Закону № 44-ФЗ**
– Проводник по теме: Госпитальные закупки лекарств по Закону № 44-ФЗ Обоснование закупок ЛС Обоснование закупок... закупки ЛС: затраты по программе ОМС >>> Требования... срочного вмешательства >>> Госпитальные закупки лекарств по Закону № 44-ФЗ
- 5. Новость: **В электронной системе Экономика ЛПУ размещены 2 видеосеминара**
– ...особенности госпитальных закупок лекарственных средств по нормам закона № 44-ФЗ» доступен... организации по жалобам пациентов... особенности госпитальных закупок лекарственных... по нормам Закона № 44-ФЗ» (спикер... организации по жалобам... особенности госпитальных закупок лекарственных... по нормам Закона № 44-ФЗ...
- 6. Нормативный документ: **Федеральный закон от 25 ноября 2013 года № 317-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу отдельных положений законодательных актов Российской Федерации по вопросам охраны здоровья граждан в Российской Федерации»**
– ...признанному в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию... признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию... признанного в установленном законом порядке недееспособным, если такое лицо по своему состоянию недееспособно...
- 7. Решение суда: **Решение Арбитражного суда города Москвы по делу № А40-95847/2014**
– ...44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для государственных... Федерального закона от... системы в сфере...

Новый подход
к решению
задач

Реклама

Закажите тестовый доступ
на www.elpu.ru



ЭЛЕКТРОННАЯ СИСТЕМА
ЭКОНОМИКА ЛПУ

Опыт ГЧП в системе здравоохранения Самарской области

Ключевые слова

государственно-частное партнерство, ГЧП, Федеральный закон № 224-ФЗ, концессионные соглашения, инвестиционные договоры, частный партнер

А.С. Навасардян,
канд. мед. наук,
зам. министра
здравоохранения
Самарской области

РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОЕКТОВ ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОГО ПАРТНЕРСТВА ПРЕДПОЛАГАЕТ ЗАКЛЮЧЕНИЕ КОММЕРЧЕСКИХ КОНТРАКТОВ (СОГЛАШЕНИЙ) МЕЖДУ ОРГАНАМИ ВЛАСТИ (ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИЛИ МУНИЦИПАЛЬНОЙ) И ЧАСТНЫМИ КОМПАНИЯМИ В СФЕРЕ РАЗРАБОТКИ, СТРОИТЕЛЬСТВА, ФИНАНСИРОВАНИЯ И РАБОТЫ ОБЪЕКТОВ ОБЩЕСТВЕННОЙ ИНФРАСТРУКТУРЫ, А ТАКЖЕ В СФЕРЕ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ, КОТОРЫЕ ТРАДИЦИОННО ПРИНАДЛЕЖАЛИ К ГОСУДАРСТВЕННОМУ СЕКТОРУ.

Государственно-частное партнерство (далее – ГЧП) – современная, активно развивающаяся модель взаимодействия государства и частного предпринимательства, в распространении которой заинтересованы как государственная власть, так и представители частного сектора экономики.

Сотрудничество в рамках ГЧП предполагает либо партнерство между государственной властью и частными компаниями исключительно на основании контракта, либо создание компании для реализации проекта путем вовлечения как государственного, так и частного секторов.

До вступления в силу Федерального закона от 13.07.2015 № 224-ФЗ «О государственно-частном партнерстве, муниципально-частном партнерстве в Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» (далее – Закон № 224-ФЗ) проекты ГЧП реализовывались на основе регионального законодательства и отдельных законодательных актов федерального значения.

Рассмотрим опыт структурирования и сопровождения проектов ГЧП на примере Самарской области¹, демонстрирующий эффективные механизмы реализации проектов в рамках государственно-частного сотрудничества. Данный опыт может быть полезен и успешно использован при структурировании проектов ГЧП в рамках нового федерального законодательства.

¹ В период, предшествующий принятию Закона № 224-ФЗ.

«РАЗВИТИЕ ГЧП НЕЛЬЗЯ УСКОРЯТЬ ИСКУССТВЕННО, ТАК КАК ЛЮБАЯ ОШИБКА МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К ДИСКРЕДИТАЦИИ САМОЙ ИДЕИ ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОГО ПАРТНЕРСТВА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. ПРЕДСТАВИТЕЛИ БИЗНЕС-СТРУКТУР ДОЛЖНЫ ПОНИМАТЬ, ЧТО 100% ПРИБЫЛИ В ЭТОЙ СФЕРЕ ОЖИДАТЬ НЕВОЗМОЖНО».

С.А. Краевой, зам. Министра здравоохранения

На федеральном уровне в предшествующий период принят ряд нормативно-правовых актов, которые фактически регулируют взаимодействие государственных и бизнес-структур при различных видах хозяйственного взаимодействия:

- Федеральный закон от 21.07.2005 № 115-ФЗ «О концессионных соглашениях»;
- Федеральный закон от 25.02.1999 № 39-ФЗ «Об инвестиционной деятельности в Российской Федерации, осуществляемой в форме капитальных вложений»;
- Федеральный закон от 05.04.2013 № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд»;
- Федеральный закон от 18.07.2011 № 223-ФЗ «О закупках товаров, работ, услуг по отдельным видам юридических лиц»;
- Федеральный закон от 23.08.1996 № 127-ФЗ «О науке и государственной научно-технической политике»;
- Федеральный закон от 26.07.2006 № 135-ФЗ «О защите конкуренции»;
- Федеральный закон от 22.07.2005 № 116-ФЗ «Об особых экономических зонах»;
- Федеральный закон от 17.05.2007 № 82-ФЗ «О банке развития».

Особенности правового режима ГЧП определяются положениями бюджетного, инвестиционного, таможенного, налогового законодательства.

Правовое применение ГЧП возможно через различные правовые конструкции:

- концессионные соглашения;
- соглашения о разделе продукции (СРП);
- инвестиционные договоры (меморандумы) с определением прав на создаваемые объекты;
- арендные договоры с инвестиционными обязательствами;
- договоры о совместной деятельности;
- различные смешанные договоры.

Для реализации проектов государственно-частного партнерства необходимо создание специализированного

Оценка рисков



НЕДОСТАТОЧНЫЙ ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТОВ ГЧП В РОССИИ



НЕОБХОДИМОСТЬ АДАПТАЦИИ ОРГАНИЗАЦИОННО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ МОДЕЛЕЙ РЕАЛИЗАЦИИ ГЧП С УЧЕТОМ НАЦИОНАЛЬНОЙ СПЕЦИФИКИ И ОСОБЕННОСТЕЙ РАЗВИТИЯ ЭКОНОМИКИ



ПРЕПЯТСТВИЯ ДЛЯ ЧАСТНЫХ ПАРТНЕРОВ, СВЯЗАННЫЕ С НЕСОВЕРШЕНСТВОМ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА

уполномоченного органа по работе с проектами ГЧП государственной или смешанной формы собственности.

Возможны следующие варианты:

1. Совместная компания, представляющая собой коммерческую организацию, где, например, государству и частному сектору принадлежит по 50%; в России это может быть ОАО с участием публичной структуры.

2. Государственная компания с управлением, состоящим из государственных и частных лиц.

3. Государственное учреждение: в России такие учреждения могут быть созданы как государственные агентства, которые уже существуют на региональных уровнях власти при департаментах или министерствах.

4. Отдел в составе министерства или департамента.

В Самарской области уполномоченным органам по работе с проектами государственно-частного партнерства постановлением правительства Самарской области определено министерство экономического развития, инвестиций и торговли Самарской области.

Разработаны и приняты два региональных закона и ряд нормативно-правовых актов, регламентирующих инициацию, структурирование и сопровождение проектов ГЧП:

- Закон Самарской области от 16.03.2006 № 19-ГД «Об инвестициях и государственной поддержке инвестиционной деятельности в Самарской области»;
- постановление правительства Самарской области от 12.02.2014 № 65 «Об утверждении Порядка взаимодействия органов исполнительной власти Самарской области при организации проведения конкурсов на право заключения концессионных соглашений, конкурсов в целях замены лиц по концессионным соглашениям»;

- постановление правительства Самарской области от 18.09.2014 № 582 «О порядке заключения инвестиционного меморандума между Правительством Самарской области и организациями, реализующими на территории Самарской области инвестиционные проекты».

Закон Самарской области от 16.03.2006 № 19-ГД гарантирует равную защиту прав, интересов и имущества инвесторов независимо от их организационно-правовых форм и форм собственности, устанавливает формы и методы государственной поддержки инвестиционной деятельности, а также принципы взаимодействия инвесторов с органами государственной власти Самарской области, расширяет экономические и организационные формы государственной поддержки инвесторов.

Разработка закона была вызвана необходимостью приведения инвестиционного законодательства Самарской области в соответствие с изменениями Федерального закона «Об инвестиционной деятельности в Российской Федерации в форме капитальных вложений» в части изменений, внесенных статьей 114 Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ и вступивших в силу с 1 января 2005 г., а также в целях повышения эффективности прямого участия органов государственной власти Самарской области в инвестиционной деятельности и действенности отдельных форм государственной поддержки.

Закон предусматривает финансирование из областного бюджета разработки, утверждения и осуществления межмуниципальных инвестиционных проектов и инвестиционных проектов на объекты государственной собственности Самарской области.

Разработанная в процессе реализации технико-экономическая документация инвестиционных проектов является собственностью Самарской области и может быть использована в виде вклада в устав-

ный (складочный) капитал организации, реализующей инвестиционный проект.

Важно ➤ Данная форма прямого участия органов государственной власти Самарской области в инвестиционной деятельности способствует повышению социально-экономического развития региона и может быть использована при реализации крупных инфраструктурных инвестиционных проектов или при применении концессионных механизмов в различных областях ■

Впервые в рамках организационной поддержки инвестиционной деятельности правительством Самарской области стало создание института государственных кураторов инвестиционных проектов, которые должны оказывать крупным инвесторам содействие в решении процедурных вопросов организации бизнеса в Самарской области и преодолении административных барьеров.

С крупными инвесторами, реализующими на территории Самарской области инвестиционные проекты стоимостью свыше 650 млн руб., правительство Самарской области заключает инвестиционные меморандумы, в соответствии с которыми устанавливается режим наибольшего благоприятствования на период окупаемости инвестиционных проектов.

Важно ➤ Инвестиционный меморандум закрепляет взаимные обязательства и ответственность сторон, включая финансовые обязательства и социальную ответственность инвесторов ■

Введение в Закон Самарской области от 16.03.2006 № 19-ГД нормы по согласованию бизнес-плана инвестиционного проекта правительством Самарской области – шаг, направленный на повышение уровня контроля за предоставленными инвесторам налоговыми льготами при со-

хранении заявительного принципа предоставления налоговых льгот.

Постановление правительства Самарской области от 19.09.2013 № 493 «О мерах по развитию государственно-частного партнерства на территории Самарской области» регламентирует порядок, который определяет систему взаимодействия органов исполнительной власти Самарской области, органов местного самоуправления в Самарской области, государственных учреждений и потенциальных частных партнеров при подготовке и рассмотрении документов, необходимых для принятия решений о реализации проектов, основанных на принципах государственно-частного партнерства, на территории Самарской области (далее – проекты ГЧП), в соответствии с нормативными правовыми актами Российской Федерации и Самарской области.

Для реализации целей настоящего Порядка определен понятийный аппарат с разъяснением следующих терминов:

- инициатор проекта ГЧП – орган исполнительной власти Самарской области, представивший в соответствии с настоящим Порядком предложения по реализации проектов ГЧП;
- уполномоченный орган – министерство экономического развития, инвестиций и торговли Самарской области, уполномоченное на подготовку, координацию и сопровождение проектов ГЧП, планируемых к реализации на территории Самарской области;
- участники проекта ГЧП – представители органов исполнительной власти Самарской области и (или) органов местного самоуправления в Самарской области в соответствии с отраслевой и территориальной принадлежностью проекта ГЧП, привлекаемые к реализации проектов ГЧП;
- реестр проектов ГЧП – документ, содержащий информацию о перечне проектов ГЧП, принятых к рассмотре-

нию, планируемых к реализации и (или) реализуемых на территории Самарской области. Форма реестра утверждается приказом уполномоченного органа;

- концепция проекта ГЧП – документ, содержащий краткое описание проекта ГЧП, характеристики и социально-экономические особенности его реализации в соответствии с настоящим Порядком;
- сопровождение проекта ГЧП – оказание информационно-консультационного и организационного содействия инициаторам проектов ГЧП, реализующим и (или) планирующим реализацию таких проектов на территории Самарской области;
- мониторинг реализации проекта ГЧП – процесс наблюдения за ходом реализации проекта ГЧП, осуществляемый на постоянной основе в течение всего периода реализации проекта ГЧП, включающий сбор, анализ и оценку информации о ходе реализации проекта ГЧП.

Для реализации проектов ГЧП определен уполномоченный орган – министерство экономического развития, инвестиций и торговли Самарской области.

В структуре уполномоченного органа введено управление государственно-частного партнерства. Уполномоченный орган:

- осуществляет совместно с инициатором проекта ГЧП подготовку и рассмотрение документов, необходимых для принятия решения о реализации проекта ГЧП;
- осуществляет постоянный мониторинг процесса подготовки документов, необходимых для реализации проектов ГЧП;
- разрабатывает индивидуальные схемы реализации проектов ГЧП;
- осуществляет сопровождение проекта ГЧП;
- ведет реестр проектов ГЧП.

Определены этапы подготовки проектов ГЧП, планируемых к реализации на территории Самарской области:

1-й этап – инициация проекта государственно-частного партнерства и его первичное рассмотрение;

2-й этап – разработка концепции проекта государственно-частного партнерства;

3-й этап – принятие решения о согласовании реализации (или доработке) проекта государственно-частного партнерства и мониторинг реализации проекта.

Определен порядок инициации проектов ГЧП и его первичное рассмотрение.

Основанием для первичного рассмотрения предложения о реализации проекта ГЧП являются письменное обращение инициатора проекта ГЧП, поступившее в адрес уполномоченного органа, по вопросам, связанным с планируемым к реализации на территории Самарской области проектом ГЧП, а также поручение губернатора Самарской области или вице-губернатора – председателя правительства Самарской области.

Предложение инициатора проекта ГЧП должно содержать:

- предварительное наименование проекта ГЧП;
- информацию о соответствии приоритетам и целям, определенным документами стратегического планирования;
- обоснование социальной значимости решения вопроса и характеристика проблемы, на решение которой направлен проект ГЧП;
- сведения о предлагаемом месторасположении объектов, вовлекаемых в реализацию проекта ГЧП (при наличии);
- формы имущественного и финансового участия Самарской области в проектах ГЧП;
- предварительную оценку совокупного объема средств, необходимых для реализации проекта ГЧП;
- описание предполагаемого конечного результата реализации проекта ГЧП;
- иные сведения, необходимые для всесторонней и полной оценки предложения.

Письменное обращение инициатора проекта ГЧП предварительно рассматривается уполномоченным органом совместно с участниками проекта ГЧП в течение 45 дней со дня поступления обращения. По итогам предварительного рассмотрения уполномоченный орган в течение 30 дней формирует сводное заключение по представленному предложению инициатора проекта ГЧП о целесообразности (нецелесообразности) реализации проекта ГЧП с учетом заключений о реализации проекта ГЧП, представленных участниками проекта ГЧП.

Уполномоченный орган вправе запрашивать у инициатора проекта ГЧП дополнительные документы, материалы и разъяснения, необходимые для подготовки сводного заключения по представленному предложению инициатора проекта ГЧП о целесообразности (нецелесообразности) реализации проекта ГЧП.

В случае формирования сводного заключения о целесообразности реализации проекта ГЧП уполномоченный орган в течение 15 дней принимает решение о подготовке концепции проекта ГЧП.

Формирование сводного заключения о нецелесообразности реализации проекта ГЧП осуществляется при наличии хотя бы одного из следующих оснований:

- несоответствие предложения инициатора проекта ГЧП приоритетам социально-экономического развития Самарской области, указанным в стратегиях, программах и концепциях социально-экономического развития Самарской области на среднесрочный и долгосрочный периоды;
- наличие заключения о нецелесообразности реализации проекта ГЧП, представленного участником проекта ГЧП;
- наличие сведений, представленных инициатором проекта ГЧП, указывающих на невозможность реализации та-

кого проекта на принципах государственно-частного партнерства.

В этом случае в течение 15 дней уполномоченный орган направляет инициатору проекта ГЧП сводное заключение о нецелесообразности реализации проекта ГЧП с указанием причин такого решения.

После устранения причин, препятствующих реализации проекта ГЧП, допускается повторное обращение инициатора проекта ГЧП. Такая возможность в утвержденном Порядке предусмотрена.

Уполномоченный орган на основании сводного заключения о целесообразности (нецелесообразности) реализации проекта ГЧП в течение 5 дней включает сведения о проекте ГЧП в реестр проектов ГЧП.

В случае принятия решения о подготовке концепции проекта ГЧП уполномоченный орган в течение 15 дней формирует межведомственную рабочую группу, состав которой устанавливается в соответствии с отраслевой и территориальной принадлежностью проекта ГЧП и утверждается приказом уполномоченного органа (далее – межведомственная рабочая группа).

Межведомственная рабочая группа обеспечивает:

- координацию совместной деятельности участников проекта ГЧП;
- выработку предложений по решению организационных, финансовых, технических и правовых вопросов, возникающих при подготовке концепции проекта ГЧП;
- разработку и согласование концепции проекта ГЧП;
- проведение переговоров с потенциальными и действующими участниками проекта ГЧП и иными заинтересованными лицами.

Концепция каждого проекта ГЧП содержит:

- а) сведения, указанные в предложении инициатора проекта ГЧП;
- б) параметры проекта ГЧП, а именно:

- предполагаемые сроки реализации проекта ГЧП;
 - предварительную оценку совокупного объема и структуры инвестиций, необходимых для реализации проекта ГЧП, с указанием возможных источников и сроков финансирования;
 - сведения об имуществе Самарской области, вовлекаемом в хозяйственный оборот при реализации проекта ГЧП, и (или) характеристики необходимого для реализации проекта ГЧП земельного участка (участков);
 - сведения об окупаемости вложенных инвестиций после реализации проекта ГЧП;
 - краткое описание планируемых технологий для реализации проекта ГЧП, а также степень использования наукоемких, энергосберегающих, ресурсосберегающих технологий;
 - сведения о наличии (отсутствии) проектно-сметной документации и положительного заключения государственной экспертизы на нее;
 - описание состава товаров и (или) услуг (работ), которые будут производиться и (или) предоставляться (выполняться) в результате реализации проекта ГЧП;
 - анализ экономической эффективности реализации проекта ГЧП по сравнению с его реализацией иными способами (в т. ч. по вопросам снижения затрат, лучшего соотношения цены и качества, более эффективного расходования средств бюджета Самарской области);
 - информацию о реализации в других регионах Российской Федерации аналогичных по технико-экономическим показателям проектов ГЧП в соответствующей отрасли;
 - план-график мероприятий по реализации проекта ГЧП;
 - информацию о подготовке необходимой организационно-правовой документации, проведения конкурсных или иных процедур в соответствии с действующими нормативными правовыми актами Российской Федерации и Самарской области;
 - иные материалы и сведения по усмотрению инициатора проекта ГЧП, необходимые для разработки концепции проекта ГЧП.
- Межведомственная рабочая группа в течение 60 дней разрабатывает, согласовывает концепцию проекта ГЧП и направляет ее на рассмотрение руководителю уполномоченного органа
- По результатам рассмотрения концепции проекта ГЧП руководитель уполномоченного органа в течение 10 дней принимает одно из следующих решений: о представлении концепции проекта ГЧП губернатору Самарской области или о доработке концепции проекта ГЧП.
- Решение о доработке концепции проекта ГЧП принимается в случаях:
- 1.** Если по результатам рассмотрения документов межведомственной рабочей группой сформировано заключение о нецелесообразности реализации проекта ГЧП. В этом случае уполномоченный орган направляет инициатору проекта ГЧП в течение 15 дней заключение о нецелесообразности реализации проекта ГЧП с указанием причин такого решения. После устранения причин, препятствующих реализации проекта ГЧП, допускается повторное обращение инициатора проекта ГЧП в соответствии с утвержденным порядком.
 - 2.** Если по результатам рассмотрения документов вновь выявленные сведения указывают на невозможность реализации такого проекта на принципах государственно-частного партнерства. В этом случае инициатор проекта ГЧП разрабатывает и представляет на рассмотрение межведомственной рабочей группы скорректированную информацию и материалы для разработки концепции проекта ГЧП. После устранения указанных причин межведомственная рабочая группа совместно с ини-

циатором проекта ГЧП в течение 15 дней дорабатывает концепцию проекта.

Уполномоченный орган на основании решений, принятых руководителем уполномоченного органа, в течение пяти дней включает сведения о проекте ГЧП в реестр проектов ГЧП.

По результатам разработки концепции проекта ГЧП и принятия решения о представлении концепции проекта ГЧП губернатору Самарской области уполномоченный орган в течение 5 дней направляет ее на рассмотрение губернатору Самарской области.

В случае принятия решения о согласовании реализации проекта ГЧП реализация проекта ГЧП осуществляется в соответствии с планом-графиком мероприятий по реализации проекта ГЧП.

В случае принятия решения о доработке проекта ГЧП межведомственная рабочая группа совместно с инициатором проекта ГЧП в течение 30 дней осуществляет доработку концепции проекта ГЧП и повторно представляет ее на рассмотрение губернатору Самарской области.

Уполномоченный орган на основании принятых решений в течение 5 дней включает сведения о проекте ГЧП в реестр проектов ГЧП.

В случае принятия решения о согласовании реализации проекта ГЧП уполномоченный орган осуществляет мониторинг реализации проекта ГЧП (далее – мониторинг).

Мониторинг предусматривает проведение анализа исполнения плана-графика мероприятий по реализации проекта ГЧП и осуществляется посредством:

- сбора информации о ходе реализации проекта ГЧП на регулярной основе;
- запроса у инициатора проекта ГЧП необходимой информации в целях проведения анализа хода реализации проекта ГЧП.

Уполномоченный орган по результатам мониторинга вносит информацию

в реестр проектов ГЧП в течение 5 дней со дня поступления информации.

При обнаружении факторов, препятствующих реализации проекта ГЧП, принимаются меры либо организуется переговорный процесс (совещание) по их устранению (преодолению).

По результатам совещания подготавливается перечень мероприятий с определением ответственных лиц и сроков реализации, а также определяется целесообразность внесения изменений в план-график мероприятий по реализации проекта ГЧП. Предложения по преодолению факторов, препятствующих реализации проекта ГЧП, рассматриваются межведомственной рабочей группой в течение 15 дней со дня выявления факторов, препятствующих реализации проекта ГЧП.

В Самарской области особое внимание уделяется созданию благоприятных условий для реализации проектов ГЧП, в том числе путем индивидуального сопровождения каждого такого проекта.

В целях формирования полной объективной картины о состоянии каждого проекта в текущем году в тестовом режиме запущена Информационная система управления проектами министерства экономического развития, инвестиций и торговли Самарской области, доступ к которой может быть осуществлен как с персональных компьютеров, так и с планшетов и мобильных телефонов.

Информационная система управления проектами предусматривает следующие функции:

- сбор и верификацию актуальной информации о ходе реализации каждого конкретного проекта;
- формирование консолидированной отчетности по проекту для разных уровней управления;
- формирование аналитических и прогнозных материалов по проекту;
- выявление причин отклонений и выработка вариантов их предотвращения;

- ведение статистики качества исполнения работ участниками проекта с целью определения необходимости применения управленческого воздействия и др.

В последующем к данной информационной системе будут подключены как представители органов исполнительной власти, участвующие в работе по ГЧП, так и иные участники процесса подготовки и реализации проектов.

Например, применительно к проектам государственно-частного партнерства в сфере здравоохранения инициатором проектов служит министерство здравоохранения Самарской области, которое рассматривает предложения инвесторов или само инициирует разработку проектов по нужному профилю.

После разработки организационно-экономической модели проекта, презентации и пояснительной записки материалы направляются в министерство экономического развития, торговли и инвестиций Самарской области в управление государственно-частного партнерства, которое создает рабочую группу и приступает к структурированию и сопровождению проекта в соответствии с утвержденными нормативно-правовыми актами.

По состоянию на 01.08.2015 в работе находится 58 проектов, предлагаемых к реализации с использованием механизма ГЧП. Количество проектов ГЧП в сфере здравоохранения – 29. Инвестиции направлены на модернизацию системы здравоохранения путем создания современного кардиохирургического центра, центров гемодиализа, диагностических центров.

Из проектов, уже сегодня реализуемых на основе ГЧП, невозможно выделить наиболее или наименее успешные. Все проекты имеют свою специфику и социальную значимость, реализуются с соблюдением обозначенных сроков.

Остановимся коротко на описании проектов ГЧП Самарской области в сфере здравоохранения.

1. Строительство и оснащение кардиохирургического центра в городском округе Самара. На строительство нового кардиохирургического центра в городском округе Самара привлечено около 3 млрд руб. средств инвестора. С целью реализации проекта в январе 2014 г. заключен инвестиционный меморандум сроком на 10 лет. По проекту предоставлен земельный участок, разработана проектно-сметная документация, получено заключение государственной экспертизы и разрешение на строительство. Инвестор приступил к проведению строительно-монтажных работ. Ориентировочный срок сдачи объекта и ввода в эксплуатацию – декабрь 2016 г.

2. Строительство и оснащение Центра позитронно-эмиссионной и компьютерной томографии в городском округе Самара. Строительство Центра позитронно-эмиссионной и компьютерной томографии осуществляется в рамках соглашения о социально-экономическом сотрудничестве, которое подписано в феврале 2014 г. На эти цели будет направлено 325 млн руб. внебюджетных средств.

По проекту предоставлен земельный участок, осуществляется разработка проектно-сметной документации, подготовлена площадка под строительство. Ориентировочные сроки ввода объекта в эксплуатацию – третий квартал 2016 г.

3. Строительство и эксплуатация корпуса Центра экстракорпоральной гемокоррекции и клинической трансфузиологии в городском округе Самара на территории Самарской областной клинической больницы им. В.Д. Середавина. В июне 2014 г. на 15 лет подписано концессионное соглашение по строительству и эксплуатации отдельного корпуса Центра экстракорпоральной гемокоррекции и клинической трансфузиологии. Впервые в Самарской области проведен конкурс на право заключения такого соглашения. Объем

привлеченных инвестиций планируется около 450 млн руб.

В настоящее время завершена разработка и экспертиза проектно-сметной документации, выделен участок земли и проведены подготовительные работы на площадке под строительство.

Ориентировочные сроки ввода объекта в эксплуатацию – первый квартал 2017 г.

4. Строительство двух диализных центров в городских округах Самара и Сызрань. В декабре 2013 г. подписано соглашение о социально-экономическом сотрудничестве в целях строительства двух диализных центров в городских округах Самара и Сызрань с компанией Fresenius MC. Сумма привлеченных инвестиций составляет около 600 млн руб.

В настоящее время завершена стадия процедуры выбора и выделения земельных участков. Инвестор предусматривает строительство центров согласно типовым проектам с корректировкой под выбранные территории. Ориентировочные сроки ввода объектов в эксплуатацию – в первом квартале 2017 г.

5. Создание и оснащение многофункционального реабилитационного и перинатального центра в городском округе Самара. В августе 2014 г. подписан инвестиционный меморандум по строительству многофункционального реабилитационного и перинатального центра в городском округе Самара. Проект планируется реализовать на сумму привлеченных средств инвестора в размере 3 млрд руб.

В настоящее время определен земельный участок и осуществляется процедура по его выделению.

6. Строительство гостиничного комплекса в Промышленном районе г. о. Самара на территории, прилегающей к Самарскому областному клиническому онкологическому диспансеру. Необходимый объем внебюджетных средств – 650 млн руб. Проект направлен на предо-

ставление качественного сервиса по размещению амбулаторных пациентов и родственников пациентов ГБУЗ Самарского областного клинического онкологического диспансера (а также других медицинских учреждений области) на льготных условиях.

Также на сегодняшний день начаты конкурсные процедуры еще по 5 проектам в сфере здравоохранения. Общий объем привлекаемых средств на организацию лечебного питания, стерилизацию медицинских изделий, строительство реабилитационного и диагностического центров в городских округах Самара и Тольятти составит порядка 800 млн руб.

В заключение необходимо отметить, что опыт взаимодействия власти и бизнеса в реализации проектов на основе государственно-частного партнерства в России достаточно небольшой. Необходимо тщательное и детальное изучение опыта реализации проектов государственно-частного партнерства за рубежом и в нашей стране и адаптация организационно-экономических моделей для реализации с учетом национальной специфики и особенностей развития экономики.

Необходима тщательная детальная проработка вопросов, касающихся структурирования и сопровождения реализации каждого проекта со стороны публичной стороны, так как, с одной стороны, необходима помощь бизнес-структурам для преодоления препятствий, связанных с несовершенством законодательства, с другой стороны – в любом процессе, где используются для реализации бюджетные средства или затрагиваются вопросы, связанные с обязательствами государства, необходим контроль реализации подобных проектов.

Несомненно, что объединение власти и бизнес-структур дает возможность действовать более эффективно и достигать лучших результатов.

Стратегия маркетинга медуслуг в кризис: продвижение в социальных медиа

Ключевые слова

медицинский маркетинг, платные медицинские услуги, социальные медиа, маркетинговые коммуникации, продвижение частных медицинских клиник в социальных сетях

Е.А. Тарасенко,
канд. социол. наук,
доцент, заместитель
заведующего
кафедрой управле-
ния и экономики
здравоохранения
НИУ «Высшая школа
экономики»

СОЦИАЛЬНЫЕ МЕДИА ОТКРЫЛИ МНОГО НОВЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ДЛЯ ПРОДВИЖЕНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ. РАЗВИТИЕ ТАКИХ СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ В РУНЕТЕ, КАК «ВКОНТАКТЕ» И «ФЕЙСБУК», СЕРЬЕЗНЕЙШИМ ОБРАЗОМ ИЗМЕНИЛО СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА МЕДИЦИНСКИЙ МАРКЕТИНГ И МАРКЕТИНГОВЫЕ КОММУНИКАЦИИ: СОЦИАЛЬНЫЕ СЕТИ ОБЪЕДИНИЛИ В СЕБЕ ИНТЕРАКТИВНОСТЬ, ВОЗМОЖНОСТИ ПЕРСОНАЛИЗАЦИИ ЗАСЧЕТ БЫСТРОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ С ПОЛЬЗОВАТЕЛЯМИ.

ОДНАКО ПОТЕНЦИАЛ СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ В КАЧЕСТВЕ МАРКЕТИНГОВОГО ИНСТРУМЕНТА ДЛЯ СЕРЬЕЗНОГО УВЕЛИЧЕНИЯ ЛОЯЛЬНЫХ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПОКА НЕ В ПОЛНУЮ МЕРУ.

Создание представительства ЛПУ в социальных сетях позволяет оперативно информировать потенциальных клиентов об акциях, скидках, новостях ЛПУ; формировать спрос на медицинские услуги, увеличивать приток целевых посетителей на сайт клиники; информировать о новых методах лечения и новой медицинской технике, применяемой в ЛПУ; нивелировать негативные высказывания о бренде ЛПУ; усилить узнаваемость и позитивное восприятие бренда ЛПУ среди молодежи; улучшить позиции сайта ЛПУ в поисковой выдаче.

Что будет эффективнее в качестве канала маркетинговых коммуникаций для лечебно-профилактических учреждений при продвижении платных медицинских услуг: печатная реклама, телевидение, радио или социальные сети?

Правильный ответ на этот вопрос: все вместе перечисленное. При этом данные каналы маркетинговых коммуникаций лучше и эффективнее, когда используются вместе, если у нас несколько сегментов целевой аудитории, в которые входит молодежь.

В последние годы частные лечебно-профилактические учреждения (далее – ЛПУ) в качестве основных каналов маркетин-

«БОЛЕЕ ПОЛОВИНЫ МЕДИЦИНСКИХ ЦЕНТРОВ В СВОЕЙ МАРКЕТИНГОВОЙ АКТИВНОСТИ ОТДАЮТ ВСЕ БОЛЬШЕЕ МЕСТО ИМЕННО ИНТЕРНЕТ-ПРОСТРАНСТВУ, КАК ЕСЛИ НЕ ГЛАВНОМУ, ТО ПРОЧНО ВХОДЯЩЕМУ В ТРОЙКУ ОСНОВНЫХ КАНАЛОВ ПРИВЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНЫХ ПАЦИЕНТОВ».

К. Чекменев, основатель проекта MedMarketing

говых коммуникаций с целевой аудиторией полагались в основном на печатные средства массовой информации, телевидение и радио. «Сарафанное радио» также служило одним из важнейших и самых эффективных каналов продвижения платных медицинских услуг в маркетинговой стратегии. «Сарафанное радио» в самом деле по-прежнему остается одним из лучших способов продать медицинскую услугу. Однако если целевая аудитория ЛПУ достаточно сегментированная, как и у большинства частных медицинских центров, то почти невозможно достичь всех сегментов с использованием только одного-двух каналов маркетинговых коммуникаций.

В последние пять лет появились и активно развиваются новые, более эффективные способы распространения информации по принципу «сарафанного радио» – «из уст в уста», помогающие существенно повысить лояльность пациентов путем планирования и осуществления персонализированных маркетинговых и коммуникационных кампа-

ний. Таким способом и маркетинговой площадкой являются социальные медиа или социальные сети. Было бы неплохо, если бы менеджмент ЛПУ обратил на них внимание в качестве канала для продвижения платных медицинских услуг, потому что это дешевле и рентабельнее, чем телевидение и радио, при этом легче измерить экономическую и коммуникационную эффективность.

Использование печатных СМИ, телевидения, радио и социальных медиа вместе на основе комплексного подхода как раз и может помочь достичь поставленных целей и получить лучшие результаты.

Социальные медиа открыли много новых возможностей для продвижения платных медицинских услуг. Развитие таких социальных сетей, как «ВКонтакте» и «Фейсбук», серьезнейшим образом изменило современный взгляд на маркетинговые коммуникации: социальные сети объединили в себе интерактивность, возможности персонализации за счет быстрой обратной связи с пользователями.

Оценка рисков



ПАССИВНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОТЕНЦИАЛА СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ В КАЧЕСТВЕ МАРКЕТИНГОВОГО ИНСТРУМЕНТА



НЕУМЕНИЕ ПРИВЛЕКАТЬ ЦЕЛЕВУЮ АУДИТОРИЮ И ПОДДЕРЖИВАТЬ ЕЕ ИНТЕРЕС



ОФИЦИОЗНЫЙ И НЕЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТИЛЬ ПОДАЧИ МАТЕРИАЛОВ, ОТСУТСТВИЕ ИНТЕРЕСНОГО КОНТЕНТА

Важно ➤ Дополнительным достоинством социальных медиа является то, что пользователи социальных сетей достаточно подробно заполняют свой профиль, раскрывая максимум информации, поэтому можно таргетировать рекламную кампанию исключительно на целевую аудиторию, что резко повышает ее эффективность ■

В связи с этим в последнее время наметилась тенденция перетекания маркетинговых бюджетов из офлайна в социальные медиа, что является маркером того, что маркетинговые коммуникации медицинских услуг в социальных сетях приносят хорошие результаты при минимальной стоимости за одного привлеченного пациента.

Использование социальных сетей – одно из самых популярных времяпрепровождений российской молодежи¹.

Согласно данным маркетингового исследования, осуществленного российской маркетинговой исследовательской компанией «РОМИР» в апреле 2015 г., «количество пользователей социальными сетями в России увеличилось с 80% в конце 2012 г. до 91% в апреле 2015 г. При этом в «молодежной аудитории» этот показатель сейчас составляет 98%, а среди россиян в возрасте 45–50 лет – 86%»². «При этом самыми популярными социальными сетями в России стали «ВКонтакте» (86%), «Одноклассники» (75%), Facebook (58%) и Google+ (31%). Отмечается, что сегодня у каждого пятого пользователя сети есть аккаунт в Instagram, а вот сети «Мой круг» и Livejournal «постепенно теряют своих поклонников». Пользователи также стали проводить больше времени в социальных сетях – в среднем 2 ч 38 мин ежедневно, что на 42 мин больше, чем время, проводимое в соцсетях в прошлом году»³.

Информация о том, что молодые люди в возрасте 14–30 лет проявляют актив-

ность в социальных медиа, открывает новые благоприятные возможности для менеджмента ЛПУ по продвижению платных медицинских услуг для молодых профессионалов именно в социальных сетях, которые можно охарактеризовать как интернет-ресурсы с высокой концентрацией целевой аудитории.

Продвижение платных медицинских услуг в социальных медиа – это совокупность маркетинговых мер, усилий, действий, осуществляемых лечебно-профилактическими организациями посредством рекламы, PR, стимулирования сбыта и использование других маркетинговых коммуникаций в социальных медиа для «повышения спроса, увеличения сбыта, расширения рыночного пространства для реализации медицинских услуг и управления репутацией бренда ЛПУ»⁴.

Надо сказать, что приход в социальные сети частных медицинских клиник в настоящее время уже состоялся.

Важно ➤ Проблема заключается в том, что не всегда этот приход можно охарактеризовать как хорошо продуманный, четко спланированный, с конкретными целями, задачами и инструментами ■

В этой связи имеет смысл изучить опыт частных лечебно-профилактических учреждений в самой популярной социальной сети России «ВКонтакте» по продвижению медицинских услуг. По данным маркетинговой исследовательской компании TNS Gallup, «ВКонтакте» – самая популярная и посещаемая социальная сеть в России: на сайте зарегистрировано свыше 250 млн человек, которые используют его для общения и развлечений⁵.

Эмпирической базой исследования послужили:

- 1) данные анализа страниц в социальной сети «ВКонтакте» пяти частных медицинских клиник – «Медси»,

«Инвитро», «Гемотест», «СМклиника», «Медиксити»;

- 2) данные 12 экспертных интервью со специалистами в области маркетинга и рекламы. Экспертные интервью проводились в сентябре – октябре 2015 г. в Москве.

Создание представительства ЛПУ в социальных сетях позволяет:

- анализировать динамику интереса потенциальных и текущих клиентов к тем или иным медицинским услугам;
- оперативно информировать потенциальных клиентов об акциях, скидках, новостях ЛПУ;
- формировать спрос на медицинские услуги, увеличивать приток целевых посетителей на сайт;
- информировать о новых методах лечения и новой медицинской технике, применяемой в ЛПУ;
- организовать достаточно доверительное неформальное и эмоционально окрашенное общение и сформировать лояльных потребителей;
- заявить о высоком профессионализме врачей и медицинского персонала;
- нивелировать негативные высказывания о бренде ЛПУ;
- формирование положительного имиджа бренда ЛПУ;
- усилить узнаваемость и позитивное восприятие бренда ЛПУ среди молодежи;
- улучшить позиции сайта ЛПУ в поисковой выдаче.

Смысл работы по маркетинговому продвижению платных медицинских услуг в социальных сетях – собирать существующих и потенциальных клиентов в сообщества, что можно делать двумя способами: наполнять свою страницу «визитку» в социальных медиа притягательным контентом и создавать виртуальную розничную среду, которая сама по себе будет манить потенциального паци-

ента; а также «идти в народ» и вливаться в онлайн-дискуссии.

Медицинским клиникам можно посоветовать идти в группы, где обсуждают различные медицинские проблемы и методы их лечения.

Медицинские клиники обычно зарегистрированы как открытые группы «ВКонтакте», как сообщество о медицине. Это объясняется тем, что возможностей для брендинга групп больше, чем возможностей страниц «ВКонтакте». Основной контент таких групп посвящен обычно новостям медицинской клиники, конкурсам, скидкам и акциям, опросам пользователей, мнениям специалистов по поводу лечения заболеваний и здоровому образу жизни, видеоурокам, ссылкам на другие носители информации о клиниках. Мотивом вступления пользователей в группы чаще всего служит получение бонуса или скидки, общение и получение интересной информации. В связи с этим будет популярна информация о ценах на услуги, статьи о здоровье, болезнях и какие именно анализы и диагностические процедуры необходимо сдать для диагностирования.

Существуют три основные поведенческие категории пользователей таких групп: пассивные наблюдатели; участники дискуссий и генераторы контента. «ВКонтакте» лучше работает формат дискуссий, участниками которой являются пользователи. Поэтому в группах идет обсуждение тем, предложенных клиниками, которые активно развивают участники, например: «ваши вопросы, отзывы и предложения о работе клиники», «консультации аллерголога-иммунолога», «удивительная история – роды», «консультация детского лора» и «консультация пластического хирурга». По каждой теме пациенты пишут свои комментарии, поэтому правильно спрашивать у своих пациентов их мнение и предложения о работе клиники в виде неформального

общения. Поскольку подавляющее большинство пользователей «ВКонтакте» лучше воспринимают визуальный контент, практически все материалы, которые размещают медицинские клиники, рекомендуется иллюстрировать фото или картинками и обязательно весь визуальный контент брендировать логотипом клиник.

Важно ➤ Контент должен дозированно анонсировать акции клиники, иногда могут появляться поздравления с праздничными событиями или забавные картинки с юмористическим контекстом, но основные материалы – консультации врачей, полезная и актуальная информация исключительно познавательного характера на медицинскую тематику, советы: как добиться улучшения состояния здоровья ■

Приветствуется включать видеообзоры, или сервисные демо.

Можно использовать виджет с фотографиями участников группы. Если друзья пользователя состоят в сообществе ЛПУ в социальной сети, то в первую очередь он увидит именно их лица, и это является социальным подтверждением того, что сообщество может быть интересно и ему (например, пациентка может рассуждать: «Если моя подруга Катя выбрала эту клинику, наверное, она хорошая, соответственно, и мне стоит выбрать эту клинику»).

Эксперты рекомендуют обновления микроблога медицинской клиники в социальных медиа делать ежедневно, что является наиболее оптимальным вариантом для ведения открытой группы.

Материалы контента «ВКонтакте» можно и нужно дублировать на Facebook, в других социальных сетях, кроме опросов. Интеграция с внешними сайтами – в группах «ВКонтакте» должны находиться ссылки на страницы клиники в других социальных сетях – Facebook, Twitter, YouTube, с возможностью скачивания,

ссылки на корпоративный сайт. При таком подходе медицинская клиника будет использовать позиционирование группы по интересам, чтобы помимо уже знающих ЛПУ пользователей привлечь новых потенциальных пациентов. Можно также задействовать одну из наиболее действенных механик комьюнити-менеджмента – проведение конкурсов с призами, что позволит «расшевелить» аудиторию и привлечь новых участников в сообщество. Например, «голосование»: побеждает тот, чей вариант ответа набирает максимум голосов. Это стимулирует участников приглашать в сообщество знакомых и максимально широко распространять информацию о конкурсе.

Действия по подавлению пласта негативных высказываний о бренде ЛПУ: с чего начать? Прежде всего осознать, что пользователи социальных сетей все равно найдут способ критиковать действия врачей, качество медицинских услуг и ценовую политику медицинских клиник. Поэтому в условиях растущего влияния блогосферы и совершенствования поисковых инструментов ЛПУ важно вовлечь своих пациентов в диалог и поддерживать с ними общение, проводить работу, направленную на разбавление негатива позитивными отзывами. В некоторых случаях (при работе с интенсивным распространением порочащего негатива искусственного характера со стороны конкурентов) целесообразно отвечать на негативные высказывания от имени нейтрального пользователя, подвергнув сомнению природу возникновения негатива.

Пример: отзыв: «Там ужасные доктора, не стоит к ним обращаться. Грубо разговаривают, безграмотные и невнимательные», ответ: «Давно наблюдаюсь в этой клинике, все отлично: медицинский персонал вежливый и грамотный. Возможно, вы сами вначале неуважительно себя повели?»

Важно ➤ Действия по продвижению бренда медицинской организации лучше проводить комплексно, сочетая таргетированные маркетинговые коммуникации с элементами SMM-привлечения целевой аудитории ■

Поскольку изначально социальные медиа создавались как некое обособленное от официальной рекламы и внешнего воздействия пространство в интернет-среде для развлечения и приятного времяпрепровождения, этот факт необходимо учитывать при планировании и осуществлении маркетинговых коммуникаций в группах и страницах-«визитках»: стилистика подачи информации ни в коем случае не должна быть формальной, скорее частично-формальной, не пресыщенной сложными для понимания медицинскими терминами. Эксперты рекомендуют подключать эмоции: размещать эмоционально окрашенный позитивный контент об улучшении состояния здоровья после курса лечения в ЛПУ. Это могут быть реальные истории излечившихся пациентов, которые очень тепло воспринимаются членами группы в социальных сетях, поскольку все потенциальные клиенты медицинских клиник хотят положительного результата от лечения. Персонализированные текстовые или видеоотзывы могут быть весьма эффективными для ретрансляции опыта пациента. Второй способ – это рассказать историю об излечении пациента, историю борьбы семьи за здоровье пациента с точки зрения врача. Например, если кто-то ищет в Интернете информацию о лечении болей в спине, и находят в группе ЛПУ или на странице-«визитке» в социальных медиа видео врача, который говорит о новых способах диагностики и лечения болей в спине в конкретной медицинской клинике, такие пациенты могут начать испытывать доверие к клинике и конкретному врачу еще до встречи с ним лицом

к лицу. Видео частично снимает тревогу пациента и повышает доверие к уровню профессионализма и качеству экспертизы врача и ЛПУ.

Основная тематика контента в группах и страницах-«визитках» ЛПУ в социальных сетях:

- интересные факты о медицине (последние новости из мира медицины);
- новости фармацевтики;
- интересные факты о человеческой анатомии;
- видеоуроки, связанные со здоровьем, профилактикой и лечением заболеваний;
- аудиолекции, посвященные здоровью, профилактике и лечению заболеваний;
- информация о здоровом образе жизни, физических нагрузках и здоровом питании (полезные/неполезные продукты);
- интервью с врачами о заботе об организме в разную погоду/времена года, предотвращении без медицинского вмешательства распространенных заболеваний (ОРВИ);
- счастливые истории выздоровления, рассказанные пациентами или докторами;
- информация об уровне профессионализма медицинских работников ЛПУ;
- косвенно подаваемая информация о хорошем психологическом климате, теплоте и доброжелательности в коллективе ЛПУ: фотографии улыбающегося медицинского персонала, снятые в неофициальной манере, эмоционально окрашенные посты о поздравлениях сотрудников с юбилеем, награждениях грамотами и проч.;
- информация о линейке предоставляемых медицинских услуг и ценах на них;
- возможность онлайн-записи на прием;
- акции, скидки и выгодные предложения клиники;
- конкурсы, викторины, игры, с возможностью получения призов;

- дни открытых дверей/мероприятия;
- фотографии внутреннего интерьера клиник;
- информация о наличии парковки, координатах для связи, схеме проезда.

Основной вывод – социальные сети – это новая потенциально весьма эффективная и недорогая нишевая площадка в онлайн среде для маркетингового продвижения медицинских услуг, однако в силу «молодости» их существования пока еще недостаточно продуманы все механизмы по привлечению в них как поставщиков, так и потребителей медицинских услуг, потенциал социальных сетей в качестве маркетингового инструмента для серьезного увеличения лояльных потребителей также используется пока не в полную меру.

Передовой опыт известных российских сетей медицинских клиник показывает, что создание представительства ЛПУ в социальных сетях позволяет:

- оперативно информировать потенциальных клиентов об акциях, скидках, новостях ЛПУ;
- формировать спрос на медицинские услуги, увеличивать приток целевых посетителей на сайт клиники;
- информировать о новых методах лечения и новой медицинской технике, применяемой в ЛПУ;
- нивелировать негативные высказывания о бренде ЛПУ;
- усилить узнаваемость и позитивное восприятие бренда ЛПУ среди молодежи;
- улучшить позиции сайта ЛПУ в поисковой выдаче.

¹ К категории «молодежь» в России относится население в возрасте от 14 до 30 лет согласно Стратегии государственной молодежной политики в Российской Федерации от 18.12.2006 № 1760-р.

² Сколько времени россияне проводят в социальных сетях? <http://adindex.ru/news/researches/2015/05/21/123757.phtml>.

³ Фролова Е. Самые популярные социальные сети в России. 2015 // Pro SMM.

<http://www.pro-smm.com/populyarnye-socialnye-seti-v-rossii-2015/> / Дата изъятия 12.09.2015.

⁴ Kotler P., Shalowitz J., Stevens R. Strategic Marketing of Health Care Organizations. Building a Customer-Driven Health System. Publisher: Jossey-Bass, Wiley Imprint 2008.

⁵ 43 минуты в день в среднем тратит пользователь на посещение «ВКонтакте».

Выгодная подписка
на журнал на сайте
www.proflit.ru



Самостоятельно оформите подписку
на любой период



Читайте на страницах журнала «Здравоохранение» в 2016 году



Внимание!
Журнал «Здравоохранение» выходит вместе с бесплатным журналом-приложением «Управление качеством в здравоохранении».

Новинки-2016

Рубрика Интервью номера: оценки, прогнозы и разъяснения «лидеров мнения» помогут выстроить стратегию развития вашего ЛПУ и составить среднесрочный план его деятельности.

Инфографика: отчеты, доклады, аналитические материалы о ситуации в отрасли, тенденциях и направлениях развития в удобном для восприятия формате

- Оптимизация здравоохранения: сокращение избыточных издержек
- Антикризисное управление: способы ликвидации дефицита бюджета медицинской организации
- Стратегия развития медицинской организации: повышение эффективности
- ОМС: что необходимо знать главному врачу
- Юридическая безопасность медицинской деятельности
- Госзакупки медицинской организации
- Механизмы формирования качества и доступности медицинской помощи
- Информатизация здравоохранения: электронное взаимодействие с пациентом
- Кадровая политика: аккредитация медицинских работников, непрерывное профессиональное образование, симуляционные технологии
- Платные услуги
- Лекарственное обеспечение: фармакоэкономика

Новые типовые отраслевые нормы времени

Ключевые слова

нормы труда медицинских работников, штатное расписание, медицинская помощь в амбулаторных условиях

О.В. Обухова,
канд. полит. наук,
зав. отд. экономики
и ресурсного
обеспечения
здравоохранения,
ФГБУ «ЦНИИОИЗ»
Минздрава России

В СООТВЕТСТВИИ С ПРАВИЛАМИ РАЗРАБОТКИ И УТВЕРЖДЕНИЯ ТИПОВЫХ НОРМ ТРУДА², 2 ИЮНЯ 2015 Г. МИНЗДРАВ РОССИИ ПРИКАЗОМ № 290Н УТВЕРДИЛ ТИПОВЫЕ ОТРАСЛЕВЫЕ НОРМЫ ВРЕМЕНИ НА ВЫПОЛНЕНИЕ РАБОТ, СВЯЗАННЫХ С ПОСЕЩЕНИЕМ ОДНИМ ПАЦИЕНТОМ ВРАЧА-ПЕДИАТРА УЧАСТКОВОГО, ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА УЧАСТКОВОГО, ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ (СЕМЕЙНОГО ВРАЧА), ВРАЧА-НЕВРОЛОГА, ВРАЧА-ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА, ВРАЧА-ОФТАЛЬМОЛОГА И ВРАЧА-АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА (ДАЛЕЕ – ПРИКАЗ).

Основной целью внесения изменений в нормы труда в сфере здравоохранения, направленных на повышение эффективности, является определение прогнозной численности работников медицинских организаций, необходимых для предоставления гарантированного объема медицинской помощи, и повышения производительности труда в медицинских организациях³.

Отраслевые нормы времени применяются для определения потребности во врачебных кадрах и в рамках формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на уровне субъекта Российской Федерации.

Но и на уровне конкретной медицинской организации нормы времени применимы в качестве основы для установления конкретных норм труда врачей-специалистов этой организации с учетом организационно-технических условий и мнения представительного органа работников, что предусмотрено ст. 162 Трудового кодекса Российской Федерации.

Важно ➤ Согласно ст. 160 ТК РФ нормы труда могут быть пересмотрены по мере совершенствования или внедрения новой техники, технологии и проведения организационных либо иных мероприятий, обеспечивающих рост производительности труда, а также в случае использования физически и морально устаревшего оборудования ■

«СЛЕДУЕТ ОСОБО ОТМЕТИТЬ, ЧТО ТИПОВЫЕ ОТРАСЛЕВЫЕ НОРМЫ, УСТАНОВЛИВАЕМЫЕ ПРОЕКТОМ ПРИКАЗА, АДРЕСОВАНЫ ОРГАНИЗАТОРАМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, А НЕ РАБОТНИКАМ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. ПРАКТИКУЮЩИЙ ВРАЧ ДОЛЖЕН ПРИНИМАТЬ ПАЦИЕНТА РОВНО СТОЛЬКО, СКОЛЬКО НЕОБХОДИМО С УЧЕТОМ СОСТОЯНИЯ ЕГО ЗДОРОВЬЯ».

О.О. Салагай¹, пресс-секретарь Минздрава России

Приказом Минтруда России от 31.05.2013 № 235 федеральным органам исполнительной власти рекомендовано осуществлять пересмотр типовых отраслевых норм труда через каждые 5 лет с даты их утверждения.

К слову сказать, последний раз нормы труда указанных в Приказе специалистов пересматривались в 80-х годах прошлого столетия. За прошедшее время в системе организации оказания медицинской помощи произошли значительные изменения: активно внедряются принципы доказательной медицины, медицинская помощь оказывается в соответствии со стандартами, на приеме пациентов используется современное медицинское оборудование, практически повсеместно в рутинную практику внедряется электронный документооборот, что оптимизирует и повышает производительность медицинского работника.

Специалисты широко используют в своей практике и современные компьютерные и информационные технологии.

Все это существенным образом сказывается как на непосредственном содержании деятельности врачей на приеме, так и на времени трудовой функции.

Несмотря на заявления представителей Минздрава о том, что типовые отраслевые нормы адресованы организаторам здравоохранения, а не работникам практического здравоохранения, п. 1. Приказа установлено, что «типовые отраслевые нормы времени... применяются при оказании первичной врачебной и первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях...». Такое изложение условий применения норм труда вносит определенный диссонанс в отношении к данному Приказу.

Вновь утвержденные типовые отраслевые нормы времени для медицинских

Оценка рисков



ПРИ АДАПТАЦИИ ТИПОВЫХ ОТРАСЛЕВЫХ НОРМ ТРУДА В ОТДЕЛЬНЫХ МЕДОРГАНИЗАЦИЯХ НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ ПЛОТНОСТЬ И ПОЛОВОЗРАСТНОЙ СОСТАВ НАСЕЛЕНИЯ, СТРУКТУРУ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ



УТВЕРЖДЕННЫЕ ОТРАСЛЕВЫЕ НОРМЫ ВРЕМЕНИ УЧИТЫВАЮТ ЛИШЬ ПЕРВИЧНЫЕ И ПОВТОРНЫЕ ПОСЕЩЕНИЯ В СВЯЗИ С ЗАБОЛЕВАНИЕМ И ПОСЕЩЕНИЯ С ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ЦЕЛЬЮ



УТВЕРЖДЕННЫЕ ОТРАСЛЕВЫЕ НОРМЫ ВРЕМЕНИ НЕ СОДЕРЖАТ КОНКРЕТИЗАЦИИ ВЫПОЛНЯЕМОЙ МЕДСПЕЦИАЛИСТАМИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

работников ряда специальностей были разработаны по результатам фотохронометражных исследований деятельности указанных врачей-специалистов, которые осуществлялись в ряде субъектов Российской Федерации в 2014 г. Центральным научно-исследовательским институтом организации и информатизации здравоохранения Минздрава России.

В настоящее время готовятся к утверждению нормы труда для специальностей врача-фтизиатра, врача-эндокринолога, врача-кардиолога, врача-стоматолога-терапевта, врача-дерматовенеролога, врача-эндоскописта, врача-хирурга.

Как указано в Приказе, рекомендованные нормы времени являются основой для расчета норм нагрузки, нормативов численности и иных норм труда врачей медицинских организаций, оказывающих первичную врачебную (т. е. врачей-терапевтов, врачей-педиатров, врачей-педиатров участковых) и первичную специализированную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, которые, согласно положениям Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», не предусматривают круглосуточного медицинского наблюдения и лечения.

Важно ➤ Сразу необходимо отметить, что данным документом не установлены нормы времени для посещения врачом-специалистом одного пациента на дому, хотя посещение на дому также является частью работы при оказании первичной врачебной и первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях ■

Рассматриваемые нормы труда влияют не только на расчеты количественного состава специалистов, но и на объемы выполняемых ими медицинских услуг, на

стоимость этих услуг и соответственно на размер заработной платы указанных специалистов.

Как известно, объем медицинских услуг является основой для обеспечения потребности населения в медицинской помощи и утверждается Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Данной программой устанавливаются как объемные, так и финансовые показатели медицинской помощи по видам и условиям ее предоставления. На уровне конкретной территории в рамках территориальной программы государственных гарантий могут устанавливаться детализированные показатели деятельности медицинских работников при оказании медицинской помощи, в т. ч. в амбулаторных условиях.

Так, согласно действующей Программе государственных гарантий на 2015 год⁴, объем медицинской помощи в амбулаторных условиях включает:

- посещения с профилактической целью, в т. ч.:
 - центров здоровья (комплексный медицинский осмотр);
 - в связи с диспансеризацией определенных групп населения;
 - в связи с профилактическими медицинскими осмотрами в соответствии с порядками, утверждаемыми Минздравом России;
 - в связи с патронажем;
- посещения с иными целями, в т. ч.:
 - в связи с оказанием паллиативной медицинской помощи;
 - в связи с другими обстоятельствами (получением справки, других медицинских документов);
 - медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием;
- разовые посещения в связи с заболеванием;

- медицинскую помощь в амбулаторных условиях, оказываемую в связи с заболеваниями;
- медицинскую помощь в амбулаторных условиях, оказываемую в неотложной форме.

Утвержденные же Приказом нормы времени учитывают лишь часть работы указанных специалистов в амбулаторных условиях, а именно: первичные и повторные посещения в связи с заболеванием и посещения с профилактической целью без конкретизации выполняемой деятельности.

Как указано в Методических рекомендациях по разработке систем нормирования труда в государственных (муниципальных) учреждениях⁵, нормы труда могут определяться на отдельный вид работ, взаимосвязанную группу работ (укрупненная норма труда) и законченный комплекс работ (комплексная норма труда). Степень укрупнения норм труда определяется конкретными условиями организации производства и труда.

Основой для расчета норм времени на одно повторное посещение в связи с заболеванием и посещение с профилактической целью является норма времени первичного приема пациента в связи с заболеванием.

Для врача-офтальмолога такая норма времени составляет 14 минут, для врача-педиатра участкового и врача-терапевта участкового 15 минут, для врача-оториноларинголога Приказом рекомендована норма времени на прием продолжительностью 16 минут, для врача общей практики (семейного врача) – 18 минут (к слову сказать, в Германии прием врача общей практики занимает 13 минут, в Великобритании всего лишь 8 минут, в Испании – 10 минут, а в Австрии – не более 15 минут), для врача-невролога и врача-акушера-гинеколога – 22 минуты. Указанные нормы времени также включают вре-

менные затраты на оформление медицинской документации.

На повторное посещение врача-специалиста одним пациентом в связи с заболеванием нормы времени рассчитываются исходя из 70–80% норм времени, связанных с первичным посещением врача-специалиста одним пациентом в связи с заболеванием.

Рассчитывать нормы времени на посещение одним пациентом врача-специалиста с профилактической целью рекомендовано в размере 60–70% от норм времени, связанных с посещением одним пациентом врача-специалиста в связи с заболеванием.

Затраты времени врача-специалиста на оформление медицинской документации с учетом рациональной организации труда, оснащения рабочих мест компьютерной и организационной техникой, должны составлять не более 35% от норм времени, связанных с посещением одним пациентом врача-специалиста в связи с заболеванием.

Важно ➤ Особо следует отметить рекомендательный характер обсуждаемого документа, что влечет за собой необходимость адаптации установленных норм времени к деятельности конкретной медицинской организации, в т. ч. путем проведения собственных исследований условий деятельности соответствующих врачей-специалистов ■

При проведении указанной работы рекомендуется ориентироваться на методические рекомендации для федеральных органов исполнительной власти по разработке типовых отраслевых норм труда, утвержденные приказом Минтруда России от 31.05.2013 № 235, в части организации работы и проведения расчетов норм труда, а при определении нормы численности конкретных специалистов учреждения и норм обслуживания пациентов (нагруз-

ки на специалистов) на основе типовых норм времени, – приказом Минтруда России от 30.09.2013 № 504 «Об утверждении методических рекомендаций по разработке систем нормирования труда в государственных (муниципальных) учреждениях».

Нормы труда могут быть установлены либо на основании действующих типовых норм путем расчетов, учитывающих особенности процесса оказания государственных (муниципальных) услуг в учреждении, либо путем разработки собственных норм, которые должны быть обоснованы при помощи измерения затрат рабочего времени путем использования методов:

- фотографии рабочего времени (индивидуальная и групповая);
- моментных (случайных) наблюдений;
- видеосъемки трудовых операций;
- хронометража;
- фотохронометража.

Фотография рабочего времени проводится для установления структуры затрат времени в течение рабочего дня.

Такую процедуру можно проводить двумя методами: непосредственных замеров времени и моментных наблюдений.

В первом случае непосредственно регистрируется продолжительность наблюдательных элементов затрат времени, во втором – фиксируются наблюдаемые состояния рабочих мест, а структура затрат времени устанавливается по количеству моментов, где наблюдались соответствующие состояния.

Метод моментных наблюдений применяется для массового изучения использования рабочего времени на предприятиях. Он позволяет при обследовании большой группы работ фиксировать не сами затраты рабочего времени, а количество их повторений или моментов за период наблюдений. По удельному весу тех или иных моментов можно определить их общую продолжительность.

Видеосъемка трудовых операций.

Этот метод не только обеспечивает высокую точность измерения любых трудовых движений и действий, но и позволяет фиксировать и демонстрировать их трудовое содержание. Результаты видеосъемки служат научной основой для проектирования рациональных трудовых процессов и обучения передовым приемам и методам труда.

Хронометраж применяется для анализа и изучения затрат рабочего времени на выполнение стабильно повторяющихся работ.

Фотохронометражом называется вид наблюдения, при котором одновременно с проводимой в течение смены фотографией рабочего времени в отдельные его периоды проводится хронометраж. Метод позволяет получить данные о структуре и величине затрат рабочего времени на трудовые операции, виды деятельности, рабочий процесс, последовательности выполнения элементов работы, а также установить выполняемые персоналом несвойственные функции, выявить непроизводительные затраты рабочего времени.

В зависимости от целей исследования применяют либо хронометражные замеры для установления длительности отдельных повторяющихся трудовых операций, либо фотографию рабочего времени с целью выяснения и устранения нерационального использования рабочего времени, перераспределения функциональных обязанностей и др.

В целях адаптации типовых отраслевых норм труда в отдельных медицинских организациях предлагаем пользоваться методикой разработки норм времени и нагрузки медицинского персонала, предложенной ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России в 2013 году⁶.

В Приказе также содержатся рекомендации для медицинских организаций, оказывающих первичную врачебную и пер-

вичную специализированную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, устанавливать нормы времени на посещения в связи с заболеванием и с профилактической целью с учетом плотности проживания и половозрастного состава населения, а также с учетом уровня и структуры заболеваемости населения.

Для этого рекомендовано суммировать корректирующие коэффициенты, соответствующие характеристикам указанных выше условий конкретной медицинской организации.

Предложено применять следующие корректирующие коэффициенты:

- плотность проживания прикрепленного населения выше 8 человек на кв. км – минус 0,05;
- плотность проживания прикрепленного населения ниже 8 человек на кв. км (за исключением районов Крайнего Севера и приравненных к ним местностей) – плюс 0,05;
- уровень заболеваемости населения выше на 20% среднего значения по субъекту Российской Федерации – плюс 0,05;
- уровень заболеваемости населения ниже на 20% среднего значения по субъекту Российской Федерации – минус 0,05;
- доля лиц старше трудоспособного возраста среди прикрепленного населения выше 30% – плюс 0,05;
- для врача-педиатра участкового – доля детей в возрасте до 1 года среди детей в возрасте до 14 лет выше 8% – плюс 0,05;
- доля лиц старше трудоспособного возраста среди прикрепленного населения ниже 30% – минус 0,05;
- для врача-педиатра участкового – доля детей в возрасте до 1 года среди детей в возрасте до 14 лет ниже 8% – минус 0,05.

Список использованных нормативных актов

1. Приказ Минздрава России от 02.06.2015 № 290н «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога и врача-акушера-гинеколога».

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

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

4. Приказ Минтруда России от 30.09.2013 № 504 «Об утверждении методических рекомендаций по разработке систем нормирования труда в государственных (муниципальных) учреждениях».

5. Приказ Минтруда России от 31.05.2013 № 235 «Об утверждении методических рекомендаций для федеральных органов исполнительной власти по разработке типовых отраслевых норм труда».

¹ <http://www.rosminzdrav.ru/news/2015/01/26/2206-prohodit-obschestvennoe-obszhdzenie-proekt-prikaza-utverzhdaiyushego-tipovye-otraslevye-normy-vremeni-posescheniya-patsientom-vracha>.

² Постановление Правительства РФ от 11.11.2002 № 804 «О Правилах разработки и утверждения типовых норм труда».

³ Распоряжение Правительства РФ от 28.12.2012 № 2599-р (ред. от 28.08.2015) «Об утверждении плана мероприятий («дорожной карты») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения».

⁴ Постановление Правительства РФ от 28.11.2014 № 1273 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов».

⁵ Приказ Минтруда России от 30.09.2013 № 504 «Об утверждении методических рекомендаций по разработке систем нормирования труда в государственных (муниципальных) учреждениях».

⁶ www.oblzdrav.vrn.ru/.../normtrud1_18.11.2013.doc.

Оказание противотуберкулезной помощи больным ВИЧ с учетом стадий ВИЧ-инфекции

ключевые слова туберкулез, ВИЧ-инфекция, порядок оказания медицинской помощи

О.П. Фролова,
д-р мед. наук, проф.,

О.А. Новоселова,
канд. мед. наук,

ГБУ ВПО «Первый
Московский
государственный
медицинский
университет
им. И.М. Сеченова»,
Центр противоту-
беркулезной
помощи больным
ВИЧ-инфекцией

И.В. Щукина,
Управление
организации
медико-санитарно-
го обеспечения
ФСИН России,
Москва

А.Б. Казенный,
Противотуберку-
лезный диспансер,
г. Белгород

ПО ОЦЕНКЕ ВОЗ РОССИЯ ВХОДИТ В ЧИСЛО 22 СТРАН С ВЫСОКИМ УРОВНЕМ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА.

ОДНИМ ИЗ ПРИОРИТЕТНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ, СПОСОБСТВУЮЩИХ СНИЖЕНИЮ УРОВНЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ РАЗРАБОТКА СТРАТЕГИИ БОРЬБЫ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ, СОЧЕТАННЫМ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ [1]. ПО МНЕНИЮ ЭКСПЕРТОВ ВОЗ, В ЕВРОПЕЙСКОМ РЕГИОНЕ ОСНОВНЫМИ ПРОБЛЕМАМИ В БОРЬБЕ С СОЧЕТАННОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ НЕПОЛНЫЙ ОХВАТ ЭПИДНАДЗОРОМ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ, СОЧЕТАННЫМ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, И НИЗКОЕ КАЧЕСТВО ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ЛИЦАМ, НАХОДЯЩИМСЯ В ЗАКЛЮЧЕНИИ [2].

С целью усовершенствования подходов к работе по ограничению распространения туберкулеза среди больных ВИЧ-инфекцией были проведены исследования и изучены документы, определяющие порядок организации и оказания противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией, и контингенты больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, в Российской Федерации, в том числе, в пенитенциарных учреждениях.

Анализ контингентов проводился по данным учетных форм 263/у-ТВ (период действия формы – с 2004 г.) и отчетных форм № 61 (период действия формы – с 1999 г., с позициями ФСИН России – с 2008 г.).

Важно ➤ За 16 лет число больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, (период регистрации Росстатом) в стране увеличилось в 73,7 раза. Показатель распространенности сочетанной патологии в 2014 г. составил 25,8 на 100 тыс. населения ■

В структуре контингента больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, в 2014 г. 75,5% составили неработающие лица трудоспособного возраста, 66,2% – заразившиеся при введении наркотиков, 42,1% – находящиеся или находившиеся ранее в пенитенциарных учреждениях.

«В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ БОРЬБА С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОСЛОЖНЕНА ДВУМЯ БОЛЬШИМИ ПРОБЛЕМАМИ. ПЕРВАЯ ПРОБЛЕМА – РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗА С ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ. ВТОРАЯ – ТУБЕРКУЛЕЗ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ, НАПРИМЕР С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ, ЧТО НЕ ТОЛЬКО УСЛОЖНЯЕТ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ, НО И, БЕЗУСЛОВНО, ИМЕЕТ ОТНОШЕНИЕ К РОСТУ СТАТИСТИКИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ РОССИЙСКИХ ГРАЖДАН».

И.А. Васильева, главный внештатный специалист по фтизиатрии Минздрава России, заведующая отделом фтизиатрии Центрального научно-исследовательского института туберкулеза

В связи с тем, что инфицированными микобактериями туберкулеза чаще являются социально неадаптированные лица, решение проблем, связанных с туберкулезом, у больных ВИЧ-инфекцией усложняется.

Важно ➤ Анализ заболеваемости ВИЧ-инфекцией показал, что за 16 лет число граждан страны, у которых была выявлена ВИЧ-инфекция методом иммунного блотинга, увеличилось в 26,5 раза ■

В ряде субъектов РФ на показатели заболеваемости и распространенности ВИЧ-инфекции существенно влияло число больных в пенитенциарных учреждениях, в т. ч. прибывающих из других регионов страны, т. к. на этих территориях для них организованы специализированные подразделения. Например, в Кировской области и Республике Мордовия среди всех больных ВИЧ-инфекцией их доля составила более 50%.

В целом по стране в 2014 г. среди больных ВИЧ-инфекцией контингент УФСИН России составил 10,6%, а среди всех больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, – 18,8%. То есть, среди больных ВИЧ-инфекцией чаще заболевают туберкулезом лица, находящиеся в УФСИН. Во многом это обусловлено тем, что в пенитенциарных учреждениях значительно чаще оказываются социально неблагополучные больные ВИЧ-инфекцией. Нередко они пребывают в УФСИН на небольшие сроки (за нарушение правопорядка под действием наркотиков).

Например, 19,2% больных ВИЧ-инфекцией, заболевших туберкулезом, находились в них менее года, а 32,9% – менее 3 лет. Провоцирующим моментом к развитию туберкулеза являлся мощный стресс, связанный одновременно с заключением и недоступностью наркотиков.

Таким образом, недлительные сроки пребывания многих больных ВИЧ-инфекцией в пенитенциарных учрежде-

Оценка рисков



НАРУШЕНИЯ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ ТРЕБОВАНИЙ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РАСПРОСТРАНЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА, В Т.Ч. ЕГО ЛЕКАРСТВЕННО-РЕЗИСТЕНТНЫХ ФОРМ



ПРЕОБЛАДАНИЕ СОЦИАЛЬНО НЕАДАПТИРОВАННЫХ ЛИЦ В СТРУКТУРЕ КОНТИНГЕНТА БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ, СОЧЕТАННЫМ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ



УВЕЛИЧЕНИЕ ЧИСЛА БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ, СОЧЕТАННЫМ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

ниях делают межведомственную координацию при оказании медицинской помощи больным туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, очень актуальной.

В то же время, активизация традиционных противотуберкулезных мероприятий не может дать желаемого результата в борьбе с туберкулезом у больных ВИЧ-инфекцией, т. к. изменение патогенеза туберкулеза на поздних стадиях ВИЧ-инфекции приводит его к нетипичному течению и делает стандартные методы выявления и диагностики туберкулеза часто неинформативными, а профилактики – неэффективными.

Туберкулез на ранних стадиях ВИЧ-инфекции в 2014 г. был зарегистрирован у 1,1% больных, а на поздних – у 32,7%. Таким образом, даже при выделении дополнительно финансовых средств на расширенное применение стандартных противотуберкулезных мероприятий для борьбы с туберкулезом не даст желаемого результата.

Важно ➤ Анализ действующих нормативных документов показал, что в ряде случаев в них не учтены противоэпидемические требования в отношении туберкулеза при оказании помощи больным с тяжелым иммунодефицитом, обусловленным ВИЧ-инфекцией, что вносит существенный вклад в распространение туберкулеза. Например, это касается порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом ■

Таким образом, для ограничения распространения туберкулеза среди больных ВИЧ-инфекцией требуется усовершенствовать подходы к организации и оказанию противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией. Они должны формироваться по каждому из направлений с учетом стадий ВИЧ-инфекции, особенностей системы меди-

цинской помощи в ЦСПИД и ПТУ, УФСИН, и противоэпидемических требований.

В частности, важно определить порядки профилактики, выявления, дифференциальной диагностики туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией, лечения и диспансерного наблюдения больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, а также регламентировать формулировки диагноза туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, включая посмертный, и критерии оценки оказываемой помощи.

С целью оценки работы по разделу профилактики туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией проведен анализ информационных материалов по этой теме, выдаваемых больным ВИЧ-инфекцией. Установлено, что основная доля их не содержит информации, касающейся особенностей туберкулеза на поздних стадиях ВИЧ-инфекции. То есть, именно тех клинических проявлений туберкулеза, при наличии которых больные должны незамедлительно обращаться к врачу-фтизиатру, имеющему подготовку по вопросам диагностики туберкулеза на поздних стадиях ВИЧ-инфекции, т. к. от своевременности обращения за специализированной медицинской помощью в этот период зависит жизненный прогноз больных.

Важность химиопрофилактики туберкулеза у больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции не вызывает ни у кого сомнения. В то же время, учитывая то, что среди больных ВИЧ-инфекцией, заболевших туберкулезом, значительную долю составляют граждане социально не адаптированные, ее можно проводить только при контролируемом приеме противотуберкулезных препаратов.

Об опасности неконтролируемого приема их свидетельствует частота регистрации лекарственной устойчивости микобактерий.

Первичную устойчивость к изониазиду и рифампициру (МЛУ) из числа тех,

у кого ее определяли, имели в 2011 г. 41% больных ВИЧ-инфекцией, а в 2014 г. – уже 42,1%. К остальным двум и более противотуберкулезным препаратам ее имели еще 15,4% в 2011 г. и 15,9% – в 2014 г.

Таким образом, основными мероприятиями для активизации профилактики туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией должны стать:

1) обучение в ЦСПИД больных основным проявлениям туберкулеза с учетом стадий ВИЧ-инфекции и выработка мотивации на выполнение предписаний врача;

2) организация и осуществление плановых профилактических осмотров больных в ЦСПИД фтизиатром с проведением в показанных случаях контролируемой химиопрофилактики туберкулеза.

В ЦСПИД обучение больных ВИЧ-инфекцией профилактике туберкулеза должно начинаться в кабинете профилактики туберкулеза на первичном приеме фтизиатра. Помимо устной информации больному необходимо предоставлять информационные материалы.

Обучение профилактике туберкулеза больных ВИЧ-инфекцией в УФСИН особенно важно. Поскольку больные, не вставшие на учет в ЦСПИД, в связи с низкой социальной адаптацией в них, оказываются доступными для обучения.

Обучение должно начинаться с первичного приема у врача в СИЗО и продолжаться врачом-фтизиатром, психологами и воспитателями. Для этого врач-фтизиатр, ответственный за организацию и обеспечение помощи больным ВИЧ-инфекцией в УФСИН, совместно с психологами и воспитателями должен формировать и реализовывать соответствующую программу. При этом важно учитывать, что в пенитенциарных учреждениях около 30% больных ВИЧ-инфекцией имеют начальное или неоконченное среднее образование.

Важно ➤ В ходе обучения больных ВИЧ-инфекцией важно мотивировать на выполнение противоэпидемических требований в крайне опасных для них очагах туберкулезной инфекции ■

Больным, освобождающимся из мест заключения, следует разъяснять необходимость срочного обращения при первых симптомах туберкулеза к фтизиатру, специализирующемуся по вопросам ВИЧ-инфекции, и предоставлять адрес, по которому осуществляется этот прием.

Профилактические осмотры на туберкулез должен осуществлять фтизиатр при прохождении систематических медицинских осмотров больных в ЦСПИД.

При первичном осмотре фтизиатр определяет степень риска заболевания туберкулезом больного ВИЧ-инфекцией. С учетом этого устанавливается кратность осмотров (но не реже двух раз в год; имеющим постоянный контакт с больными туберкулезом – не реже четырех).

В условиях глубокого иммунодефицита туберкулез развивается очень быстро, поэтому приоритетными становятся внеочередные осмотры на туберкулез. Такие осмотры могут быть эффективными только при условии своевременного обращения больных за медицинской помощью, что должны обеспечивать программы обучения.

Внеочередные осмотры на туберкулез на поздних стадиях ВИЧ-инфекции показаны (кроме общеизвестных) при наличии одного из следующих состояний неясной этиологии: длительной лихорадки, легочной патологии, генерализованного заболевания.

Важно ➤ Все врачи-фтизиатры должны быть информированы о том, что результат исследования на ВИЧ-инфекцию может быть ложноотрицательным в стадии инкубации ВИЧ-инфекции, поскольку в услови-

ях значительного транзиторного иммунодефицита нередко развиваются вторичные заболевания ВИЧ-инфекции, опережая регистрацию антител к ВИЧ методом ИФА ■

В связи с этим больных с обострением туберкулеза, особенно употребляющих наркотики, следует повторно обследовать на ВИЧ-инфекцию через месяц либо проводить исследование крови на наличие ВИЧ методом ПЦР.

При определении порядка дифференциальной диагностики туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией важно помнить, что в диагностическом фтизиатрическом отделении, как правило, находятся и больные с еще не установленным бактериовыделением. Они для больных ВИЧ-инфекцией становятся источником инфицирования, а в условиях тяжелого иммунодефицита, как правило, и заболевания. Например, анализ эпидемиологической опасности лечения микобактериозов в противотуберкулезном учреждении (у лиц без ВИЧ-инфекции) показал, что 9% из них заразились и заболели еще и туберкулезом [1].

Учитывая это, больные ВИЧ-инфекцией, имеющие иммунодефицит, при подозрении на туберкулез могут быть госпитализированы для диагностики только в отдельные боксы либо, если позволяет общее состояние, их можно обследовать в амбулаторных условиях.

В последнем случае важно строго соблюдать противоэпидемические правила: кабинет противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией ПТУ должен быть обеспечен отдельным входом в учреждение, бактерицидными рециркуляторами и противоаэрозольными фильтрующими респираторами.

Важно ➤ В дифференциальной диагностике туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией должен участвовать как врач-фтизиатр, так и врач-инфекционист ■

Особое внимание должно быть уделено организации и обеспечению лабораторной диагностики вторичных заболеваний ВИЧ-инфекцией, т. к. в условиях нетипичного течения инфекций из-за глубокого иммунодефицита выявление возбудителя вторичной инфекции является решающим для результатов лечения.

Кроме того, важна подготовка фтизиатров по вопросам интерпретации получаемых результатов исследований.

Для взаимодействия в работе при оказании противотуберкулезной помощи формулировка диагноза туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, должна строиться в соответствии с «Международной статистической классификацией болезней» и клиническими классификациями ВИЧ-инфекции и туберкулеза, утвержденными приказами Минздрава России.

Вторичные заболевания, развивающиеся на поздних стадиях ВИЧ-инфекции в связи с иммунодефицитом, следует включать в основной диагноз.

Все случаи туберкулеза нельзя однозначно оценивать с точки зрения критериев тяжелого иммунодефицита, как это нередко предлагают в рекомендациях. Это противоречит как патогенезу туберкулеза, так и клинической классификации ВИЧ-инфекции.

О поздних стадиях ВИЧ-инфекции (4 Б, 4 В, 5) туберкулез свидетельствует в следующих случаях: распространенный туберкулезный процесс при сниженных продуктивных реакциях и при течении ВИЧ-инфекции более года; иммунодефицит, подтвержденный лабораторными методами или диагностируемый на основании клинических проявлений болезней, вызванных условно-патогенными возбудителями, при течении ВИЧ-инфекции более года; значительное снижение реактивности, регистрируемой при морфологическом исследовании тканей, вовлеченных в туберкулезный процесс [2].

При подтверждении диагноза туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией основной диагноз должен включать: стадию ВИЧ-инфекции, в 4-ой стадии – фазу, полный клинический диагноз туберкулеза и других вторичных заболеваний.

В случае смерти больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, ее причины устанавливаются с учетом конкретных данных. Если больной умирает от туберкулеза, при этом у пациента отсутствуют клинические и иммунологические проявления ВИЧ-инфекции – основной причиной смерти считается туберкулез (шифр А 15–А 19).

При развитии туберкулеза в связи с иммунодефицитом, обусловленным ВИЧ-инфекцией, основной причиной смерти устанавливается ВИЧ-инфекция (шифр В 20.0).

Если туберкулез у умершего на поздних стадиях ВИЧ-инфекции регистрируется в числе других вторичных инфекций, а его проявления не являются непосредственной причиной смерти, то в таком случае ставится шифр В 20.7 (болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека с проявлениями множественной инфекции).

При подтверждении наличия туберкулеза пациента берет на учет, контролирует порядок его лечения и наблюдения врач-фтизиатр, отвечающий за координацию противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией в регионе при консультативной помощи врача-инфекциониста. Информацию о новом больном в регионе он получает из учетной формы (263/у-ТВ «Карта персонального учета больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией»), которая составляется лечащим врачом на новый случай заболевания сочетанной инфекцией в регионе.

В пенитенциарном учреждении лечащий врач направляет ее ответственному фтизиатру в УФСИН по региону. Он в свою

очередь собирает, анализирует эти карты и их копии посылает фтизиатру, ответственному за координацию помощи в регионе.

Для лечения туберкулеза больных ВИЧ-инфекцией следует переводить в стационар ПТУ либо продолжать его в боксе ЦСПИД или инфекционной больницы при консультативной помощи фтизиатра.

В ПТУ больных следует госпитализировать в отделения, соответствующие имеющейся у них патологии (с учетом порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом, приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 932), т. е. в одно из следующих отделений: для больных туберкулезом без бактериовыделения, с бактериовыделением или с выделением микобактерий туберкулеза, устойчивых к противотуберкулезным препаратам.

Лечение больных ВИЧ-инфекцией в стационаре ПТУ должен осуществлять врач-фтизиатр (после соответствующей профессиональной подготовки) при консультативной помощи врача-инфекциониста (после соответствующей профессиональной подготовки).

Число врачей-фтизиатров, оказывающих помощь больным ВИЧ-инфекцией в стационаре, следует определять в соответствии с предусмотренной нагрузкой для работы с больными ВИЧ-инфекцией. Оба специалиста должны находиться не в штате отделений, а в штате стационара ПТУ и вести больных ВИЧ-инфекцией во всех вышеуказанных отделениях с учетом бактериовыделения.

Лечение туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, проводится в соответствии с протоколами, а также регламентированной кратностью обследования больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией [2].

Завершать основной курс лечения туберкулеза на амбулаторном этапе при стойком отсутствии бактериовыделения

целесообразно в кабинете профилактики туберкулеза ЦСПИД либо в кабинете, выполняющем эти функции на муниципальном уровне. Проводить лечение больного на амбулаторном этапе должен врач-фтизиатр при консультативной помощи врача-инфекциониста. Врач-инфекционист проводит осмотры на ранних стадиях ВИЧ-инфекции не реже одного раза в месяц, на поздних – не реже двух.

Диспансерное наблюдение больных ВИЧ-инфекцией, перенесших туберкулез, проводится по III группе в кабинете профилактики туберкулеза ЦСПИД пожизненно.

Порядок назначения противорецидивных курсов решается врачом-фтизиатром этого кабинета с учетом состояния иммунной системы пациента и степени риска развития рецидива туберкулеза.

Важно ➤ Лечение и диспансерное наблюдение больных хроническими формами туберкулеза с бактериовыделением должно проводиться только в условиях противотуберкулезных учреждений ■

Критерии оценки эффективности противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией должны формироваться с учетом стадий ВИЧ-инфекции.

Оценка эффективности работы с больным туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, путем применения общепринятых во фтизиатрии критериев на поздних стадиях ВИЧ-инфекции не корректна, а, как известно, туберкулез у них именно в этот период в подавляющем большинстве случаев и развивается.

Например, обычно смерть больного туберкулезом в течение года после его выявления рассматривают как неудовлетворительную работу по выявлению туберкулеза. Это действительно свиде-

тельство поздней диагностики туберкулеза из-за плохой организации его выявления. То есть на протяжении длительного времени туберкулез у человека не был распознан и лечен, в результате чего развилась тяжелая хроническая форма туберкулеза, которая уже не поддавалась лечению и привела больного к смерти.

При глубоком иммунодефиците у больного, инфицированного микобактериями туберкулеза на поздних стадиях ВИЧ-инфекции, туберкулез часто развивается и течет молниеносно.

При отсутствии патологии на флюорограмме недельной давности у больного нередко развивается генерализованный туберкулез. Даже небольшая задержка обращения больного за медицинской помощью становится причиной смерти в результате прогрессирования туберкулеза. Очевидно, что такие случаи не свидетельствуют о поздней диагностике туберкулеза.

Критерии, которые целесообразно применять на поздних стадиях ВИЧ-инфекции для оценки качества противотуберкулезной помощи, должны формироваться с учетом патогенеза туберкулеза.

Важно ➤ С целью взаимодействия служб и ведомств в рабочем порядке по вопросам противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией в субъекте федерации должен быть назначен врач-фтизиатр, ответственный за координацию этой помощи ■

Врачу необходимо иметь профессиональную подготовку по фтизиатрии, опыт работы в области организации противотуберкулезной помощи населению и усовершенствование по вопросам ВИЧ-инфекции.

Аналогичный специалист необходим и в пенитенциарной системе региона.

Для принятия важных организационных решений в каждом субъекте федерации должен быть создан совет при органе управления здравоохранением по вопросам противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией. В его состав необходимо вводить как фтизиатра, ответственного за координацию противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией в субъекте федерации, так и соответствующего специалиста из пенитенциарной системы региона.

Обмен информацией в рабочем порядке о больных между заинтересованными ведомствами и службами обеспечивается с помощью персонафицированного мониторинга. Единый персонафицированный мониторинг больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, проводится с помощью учетных форм 263/у-ТВ «Карта персонального учета больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией».

Порядок их составления и предоставления определен приказом Минздрава России от 13.11.2003 № 547 и письмами ГУИН Минюста России от 20.01.2004 № 18/29-27 и ФСИН России от 22.02.2006 № 10/22-471.

Выводы

Для оптимизации противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией необходимо утвердить порядок ее оказания, учитывающий особенности туберкулеза на поздних стадиях ВИЧ-инфекции и противоэпидемические требования при работе с больными туберкулезом. Он должен быть скоординирован между ПТУ, ЦСПИД и УФСИН России.

Для оценки эффективности противотуберкулезной помощи в условиях глубокого иммунодефицита, обусловленного ВИЧ-инфекцией, важно утвердить критерии, учитывающие патогенез туберкулеза в этот период.

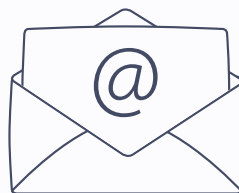
Для ограничения распространения туберкулеза среди больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекцией должна быть внедрена отдельная подпрограмма в рамках программы по борьбе с ВИЧ-инфекцией.

Литература

1. *Оттен Т.Ф., Васильев А.В.* Микобактериозы. С.-Петербург. 2005. 218 с.
2. *Фролова О.П., Кравченко А.В., Мартынов А.А.* Организация противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией. Пособие для врачей. Москва. 2006. 119 с.

Подпишитесь на e-mail-рассылку портала www.zdrav.ru

- Главные новости здравоохранения
- Публикации из ведущих профессиональных изданий
- Анонсы профильных мероприятий



Присоединяйтесь к сообществу профессионалов

Реклама

Преаналитический этап лабораторных исследований: современные подходы к оптимизации¹

Ключевые слова

лабораторные исследования, преаналитический этап, лабораторные ошибки, сестринские ошибки, система менеджмента качества

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

Н.В. Ринчинова,
гл. мед. сестра

Р.В. Дугарова,
канд. мед. наук,
зам. главного врача по организационно-методической работе, отличник здравоохранения РФ

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

ЛАБОРАТОРНАЯ МЕДИЦИНА В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ПО КОЛИЧЕСТВУ ПРЕДСТАВЛЯЕМОЙ ИНФОРМАЦИИ – ОДНА ИЗ САМЫХ ОБЪЕМНЫХ ОТРАСЛЕЙ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ.

СОГЛАСНО ДАННЫМ ВОЗ, УДЕЛЬНЫЙ ВЕС ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ СОСТАВЛЯЕТ 75–90% ОТ ОБЩЕГО ЧИСЛА РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ИССЛЕДОВАНИЙ, ПРОВОДИМЫХ БОЛЬНОМУ В ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ; В 60–70% КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ ПРАВИЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПАЦИЕНТУ ВРАЧИ УСТАНОВЛИВАЮТ НА ОСНОВАНИИ ДАННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ; БОЛЕЕ 70% ВРАЧЕБНЫХ РЕШЕНИЙ ПРИНИМАЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ¹.

Исследования многих многопрофильных стационаров показывают, что вследствие лабораторных ошибок до 6% пациентов могут получать неправильное лечение, которое может привести к ухудшению состояния здоровья, а примерно 19% больным назначаются ненужные дополнительные исследования, подразумевающие удлинение сроков лечения и пребывания в стационаре¹.

Из исследовательских данных М. Plebani², вероятность неблагоприятных последствий лабораторных ошибок и назначения неадекватного лечения варьирует от 2,7 до 12%, но большая доля лабораторных ошибок (от 24,4 до 30%) ведет к возникновению дополнительных проблем, не сказывающихся прямо на здоровье пациента.

Наиболее распространенные результаты лабораторных ошибок:

- ошибочное помещение пациента в отделение интенсивной терапии;
- ненужное переливание крови;
- неверное изменение терапии гепарином и дигоксином;

¹ На примере многопрофильного стационара РКБ им. Н.А. Семашко

«ВЗЯТИЕ ПРОБ БИОЛОГИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА, РАБОТА С ПРОБАМИ И ТРАНСПОРТИРОВКА ПРОБ ЯВЛЯЮТСЯ КЛЮЧЕВЫМИ ФАКТОРАМИ, ГАРАНТИРУЮЩИМИ ТОЧНОСТЬ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ АНАЛИЗОВ, ЧТО ЧРЕЗВЫЧАЙНО ВАЖНО ДЛЯ ОКАЗАНИЯ ПАЦИЕНТАМ КВАЛИФИЦИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ».

Национальный комитет по стандартам для клинических лабораторий, NCCLS, США

- назначение ненужных дополнительных исследований (лабораторных, рентгенографических, томографических и т. п.);
- назначение дополнительных консультаций, сопряженных с дополнительными расходами.

Проблема качества лабораторных исследований актуальна для всех медицинских организаций и требует современных подходов к их решению.

Одним из таких подходов по повышению эффективности деятельности организации, признанным во всем мире, является внедрение системы менеджмента качества (СМК) на основе стандартов ИСО 9001:2008.

На базе СМК могут быть адаптированы и другие методики повышения эффективности деятельности организации.

Например, РКБ им. Н.А. Семашко СМК стала базой для освоения таких инструментов, как концепция бережливого производства, которая способствует

устранению различных видов потерь, рациональному распределению и использованию ресурсов, а также риск-менеджмента, направленного на снижение вероятности возникновения неблагоприятных событий.

ГАУЗ РКБ им. Н.А. Семашко – это крупная многопрофильная медицинская организация, оказывающая высококвалифицированную специализированную стационарную и консультативно-диагностическую помощь населению республики. В состав больницы входит более 50 подразделений. В консультативно-диагностической поликлинике на 350 посещений в смену осуществляется прием по 36 специальностям. Из 25 стационарных отделений на 823 койки – 15 специализированных хирургических отделений и 10 отделений терапевтического профиля.

Клинико-диагностическая лаборатория является структурным подразделением больницы, проводит лабораторные

Оценка рисков



ИСКАЖЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЙ И НАЗНАЧЕНИЕ НЕКОРРЕКТНОЙ ТЕРАПИИ ВСЛЕДСТВИЕ ОШИБОК НА ПРЕАНАЛИТИЧЕСКОМ ЭТАПЕ



ОТСУТСТВИЕ СТАНДАРТИЗАЦИИ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОЦЕДУР ПРЕАНАЛИТИЧЕСКОГО ЭТАПА, НИЗКОЕ КАЧЕСТВО ПОДГОТОВКИ СРЕДНЕГО МЕДПЕРСОНАЛА



НЕЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МЕЖДУ СТАЦИОНАРНЫМИ И ПАРАКЛИНИЧЕСКИМИ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯМИ

исследования для клинических отделений больницы, и консультативно-диагностической поликлиники, также дополнительно для других МО.

В КДЛ ежегодно выполняется более 1 740 000 исследований по 430 видам, где 88% составляют исследования для стационара. КДЛ оснащена современным оборудованием ведущих мировых производителей, внедрены современные одноразовые вакуумные системы забора крови, гарантирующие качество, комфорт и защиту пациента от инфицирования. Эффективно организовать работу лаборатории и обеспечить качество ее выполнения позволяет лабораторная информационная система.

Успешный опыт по оптимизации преаналитического этапа с позиции СМК на базе многопрофильного стационара РКБ им. Н.А. Семашко представлен далее.

Проведение лабораторных исследований принято делить на три этапа: преаналитический, аналитический и постаналитический.

В отличие от аналитического результата, который часто характеризуется как

«продукт», преаналитический этап может быть определен как совокупность нескольких процедур, требующих использования различных материалов и участия в процессе нескольких выполняющих различные функции работников, в том числе и немедицинских. Она полностью находится в компетенции врача-клинициста, но в еще большей степени в компетенции медицинской сестры³.

В процессе освоения концепции бережливого производства на преаналитическом этапе лабораторных исследований выявлены основные издержки (потери) в сестринской практике при заборе крови (табл. 1).

Анализируя результаты, приведенные в табл. 1, можно сделать вывод: появление даже незначительных ошибок на преаналитическом этапе неизбежно приводит к искажению качества окончательных результатов лабораторных исследований.

Возникает риск неправильной постановки диагноза и, как следствие, назначения ошибочной терапии, ведущей к ухудшению состояния пациента.

Таблица 1

Основные ошибки в сестринской практике при заборе крови

Ошибки	Причины
Дублирование анализов	взятие образца в несколько пробирок вместо одной; записывание одних и тех же результатов в несколько различных журналов вручную; взятие повторных образцов вследствие потери результата; срочные заказы
Дефекты оформления медицинской документации	неправильная идентификация пациента; несоответствие фамилии на пробирке и бланке; неверный подбор пробирок в отделениях (вакуумные пробирки подписывались заранее, а взятие проводилось позже); перестановка пробирок в другие штативы;
Дефекты технологии взятия крови	нарушение техники забора крови (недостаточный объем крови, неправильная последовательность взятия крови); несоблюдение температурного режима при транспортировке биологического материала
Излишние запасы вакуумных пробирок в отделениях	риск использования вакуумных пробирок с истекшим сроком годности

Чек-лист контроля преаналитического этапа взятия крови

Область аудита (деятельность/процесс/подразделение)	Контроль работы среднего медицинского персонала при заборе крови
Аудитор:	Дежурные медсестры:
Критерии аудита	Что должны увидеть
РИ «Порядок сбора и доставки биоматериала» 2012	Порядок взятия крови
Медицинская карта стационарного больного	Актуальность взятия крови
СанПиН 2.1.3.2630-10	Соблюдение деконтаминации рук
Приказ Минздрава России от 13.11.1996 № 377 ⁴	Сроки годности вакуумных пробирок
СанПиН 2.1.7.2790-10	Дезинфекция ИМН после манипуляции при взятии крови
РИ «Порядок сбора и доставки биоматериала» 2012	Маркировка вакуумных пробирок и идентификация пациента
Кодекс поведения сотрудников ГАУЗ «РКБ им. Н.А. Семашко»	Внешний вид медсестры
ДИ	Анализ расхода вакуумных пробирок

При внедрении СМК в РКБ им. Н.А. Семашко был выделен процесс обеспечения лабораторными исследованиями, нацеленный на обеспечение такого качества лабораторных исследований, которое необходимо для получения результатов, достоверно отражающих состояние внутренней среды обследуемых пациентов в момент обследования.

Применение в рамках СМК процессного подхода и процедуры внутренних аудитов позволило выявить несоответствия в процессе обеспечения лабораторных исследований, а также зоны низкой эффективности.

На планерных совещаниях Совета сестер неоднократно обсуждались дефекты преаналитического этапа, поэтому было принято решение о проведении внепланового аудита лабораторной службы с подключением к аудиту старших медицинских сестер (всего обучено 9 аудиторов из числа старших медицинских сестер).

В план контроля включены такие разделы, как преаналитический этап взятия крови в подразделениях РКБ, идентификация пациентов. Также внимание было акцентировано на соблюдении мер безо-

пасности медработников, контактирующих с биологическими пробами.

Разработан чек-лист (табл. 2), определена область проверок.

При посещении отделений аудиторы наблюдали следующую ситуацию: перед сдачей дневной смены медицинские сестры просматривают истории болезни пациентов, выписывают из них назначения на исследования, заполняют направления на исследования и подписывают вакуумные пробирки. Ночные медицинские сестры идентифицируют пациента в соответствии с вакуумными пробирками и забирают биоматериал. При взятии крови процедурная медсестра не уточняет данные пациента, вакуумные пробирки заранее подписаны. В беседе аудитора с медсестрой выясняется, что медсестра ссылается на то, что знает всех пациентов. Такой подход к идентификации приводит к высокому риску путаницы пациентов, а также к порче вакуумных пробирок.

Аудиторами проводилась беседа с пациентами и медсестрами по вопросу предоставления им информации о правилах подготовки и забора биоматериала. В ходе беседы с пациентами ряда отделений

зафиксировано, что большинству пациентов медсестры не объясняют правила подготовки и забора биоматериала либо объясняют недостаточно, не акцентируя внимание пациентов на особенностях подготовки.

В ходе аудита были выявлены следующие несоответствия:

- несоблюдение маркировки вакуумных пробирок и идентификации пациентов;
- несоблюдение сроков годности вакуумных пробирок;
- несоблюдение технологии мытья рук.

Также в результате аудита были выявлены большие издержки и неэффективность работы, особенно в точках взаимодействия между стационарными и параклиническими отделениями, каким и является преаналитический этап лабораторных исследований.

Таким образом, можно констатировать, что наиболее частыми причинами неправильного результата лабораторных

исследований являются ошибки, допущенные на преаналитическом этапе:

- неправильное взятие пробы;
- неправильные манипуляции с полученной пробой;
- нарушения условий и сроков транспортировки проб.

Важно ➤ По данным многих медицинских организаций, на преаналитический этап приходится от 46 до 68% всех лабораторных ошибок⁵ ■

На рисунке 1 представлен анализ бракеража, который регистрируется в журнале учета преаналитических ошибок.

В период с января по август 2014 г. отбраковано 225 проб. На основе данных расширенного анализа ошибок была построена диаграмма Парето, с помощью которой были выявлены 8 несоответствий, требующих немедленного устранения. Среди этих несоответствий – нека-

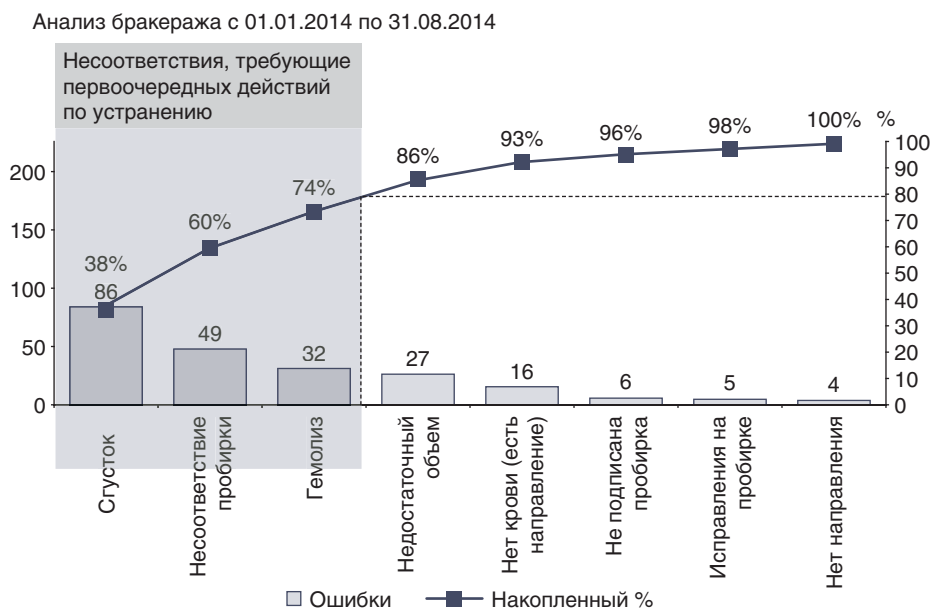


Рис. 1. Анализ бракеража, регистрируемого в журнале учета преаналитических ошибок

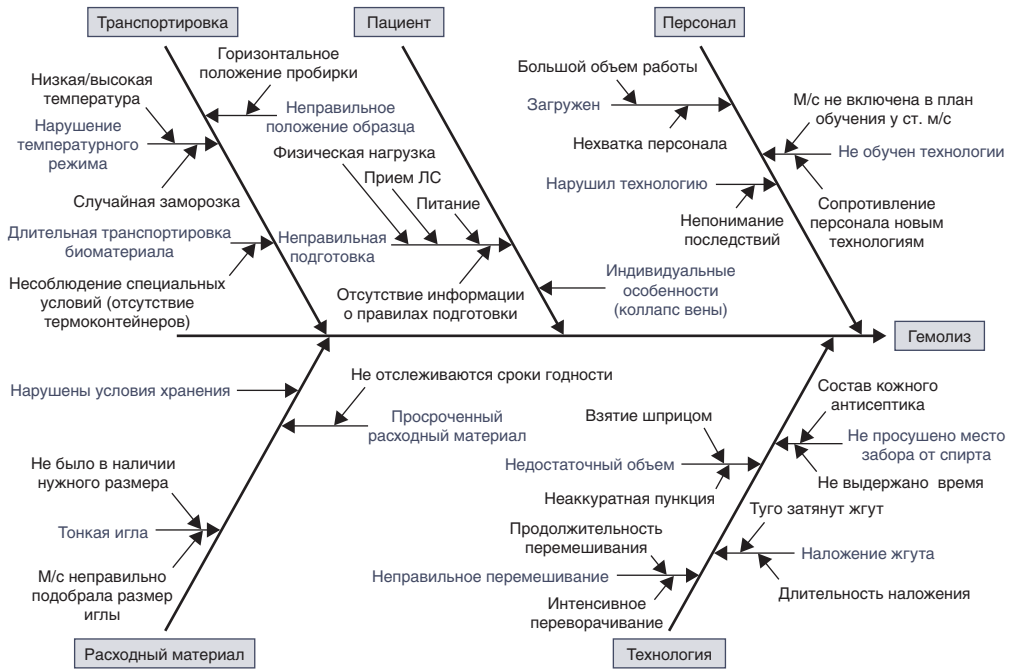


Рис. 2. Выявление причин нарушений технологического процесса в сестринской практике

чественно взятые пробы, содержащие сгустки, или подвергшиеся гемолизу, которые не могут быть приняты и обработаны в лаборатории, а также несоответствие пробирок.

Основными причинами большого количества ошибок являются:

- отсутствие стандартизации выполнения процедур преаналитического этапа;
- недостаточность знаний и низкое качество подготовки среднего медицинского персонала правилам и технике взятия крови.

В процессе обучения СМК старшие медицинские сестры осваивают новые инструменты по выявлению причин нарушений технологического процесса в сестринской практике.

Одним из этих инструментов является построение диаграммы Исикавы⁶, которая способствует выявлению причинно-следственных связей возникновения

профессиональных ошибок при выполнении сестринских манипуляций.

Построение диаграммы сопровождается «мозговым штурмом» при проведении семинаров-тренингов. Основная цель диаграммы – выявить влияние причин на всех уровнях технологического процесса.

В РКБ им. Н.А. Семашко на одном из этапов внедрения СМК Советом сестер и аудиторами были изучены причинно-следственные связи возникновения гемолиза проб – частой причины взятия повторных анализов. На рисунке 2 представлена диаграмма Исикавы с пятью выявленными основными причинами гемолиза. Рассмотрим данные причины.

Причина I. Технологии.

Нарушение технологии при взятии проб:

1) *неправильное наложение жгута:*

либо туго затянут жгут, либо длительное наложение жгута по времени;

2) *недостаточный объем крови* (частой ошибкой на этом этапе также является неполное заполнение кровью пробирок с антикоагулянтами) в результате взятия пробы обычным шприцем;

Важно ➤ В случае исследования гемостаза эта ошибка является критичной при определении ПТИ и АЧТВ (увеличение протромбинового времени) ■

3) *неправильное перемешивание вакуумной пробирки после взятия крови*: энергичное перемешивание ведет к вспениванию пробы или гемолизу; недостаточное или медленное перемешивание пробирок для сыворотки может замедлить образование сгустка;

4) сопротивление персонала внедрению новых технологий.

Причина II. Персонал:

1) недостаточный уровень знаний среднего медицинского персонала правил и технике взятия крови;

2) непонимание последствий и значимости нарушения преаналитического этапа (финансовые потери, повторное взятие крови у пациента и т. д.);

3) проблемы с оформлением документации: неправильная идентификация пациента, несоответствие фамилии на пробирке и на бланке, неверный подбор пробирок.

Причина III. Расходные материалы:

1) использование просроченного расходного материала;

2) нарушение условий хранения;

3) использование неподходящих игл для взятия крови;

4) использование обычных шприцев вместо вакуумных систем.

Причина IV. Пациент:

1) отсутствие информации о правилах подготовки перед забором крови;

2) нарушение подготовки к забору крови: прием пищи и лекарств, увеличение физических нагрузок.

Причина V. Транспортировка биоматериала:

1) нарушение температурного режима;

2) длительная транспортировка образцов;

3) неправильное положение образца при транспортировке;

4) отсутствие термоконтейнеров.

С целью повышения качества сестринской помощи и для предотвращения в дальнейшем ошибок, регистрируемых на преаналитическом этапе медицинскими сестрами при заборе крови, для обеспечения безопасности пациента и медицинского персонала Советом сестер РКБ разработаны корректирующие действия и превентивные меры.

Корректировка на основе выявленных нарушений

В первую очередь было необходимо стандартизировать процессы работы медсестер, в частности этапы взятия крови. В рамках стандартизации процессов были разработаны и внедрены стандартные операционные процедуры (СОПы).

СОП – документально оформленные инструкции по выполнению рабочих процедур.

В работу внедрены следующие СОП: «порядок забора крови из вены в клинических отделениях»; «идентификация пациентов», разработаны наглядные памятки для медсестер (деконтаминация рук, последовательность взятия крови), которые должны быть помещены на рабочих местах, а также разработаны регламенты для палатных и процедурных медсестер.

Для упрощения взаимодействия между сотрудниками РКБ создана локальная сеть и используются информационные ресурсы: размещение всех методических рекомендаций на определенном ресурсе для общего доступа.

В отличие от широко применяемых алгоритмов, рекомендуемых при выполнении технологии простых медицинских услуг, СОПы прописывают всю процедуру взятия крови в комплексе от идентификации пациента и пробирок, внесения записей в соответствующую документацию до непосредственно процесса забора крови.

СОПы позволяют минимизировать риски ВБИ и обеспечить безопасность как для пациента, так и для медицинского персонала. СОПы по технологии взятия крови включают обязательную идентификацию пациентов и требования маркировки пробирок в присутствии пациента, что позволяет избежать их перепутывания.

В программе подготовки среднего медицинского персонала в РКБ предусмотрено время для обучения правилам и технике выполнения процедур забора крови, использованию современных систем взятия проб биоматериала.

На базе КДЛ в процедурном кабинете осуществляется обучение для вновь принятых на работу медсестер. Советом сестер проводится входной контроль знаний при поступлении на работу молодых

специалистов и повторная аттестация через три месяца с помощью устного опроса на собеседовании.

Мониторинг знаний в целом проводится с помощью тестового контроля теоретических знаний и наблюдения за выполнением сестринских манипуляций на практике при аудитах.

Такой подход к задачам преаналитического этапа позволяет добиться значительного снижения количества медицинских ошибок.

Необходимо отметить пользу тематических семинаров – их практическая направленность способствует более глубокому усвоению материала персоналом. На базе РКБ прошел двухдневный практический семинар «Современные аспекты в работе медицинской сестры на преаналитическом этапе лабораторных исследований», который позволил максимально вовлечь в процесс обучения медицинских сестер. В семинаре приняли участие более 200 медицинских сестер из разных медицинских организаций города и республики.

В ходе работы обсуждались вопросы о роли процедурных медицинских се-

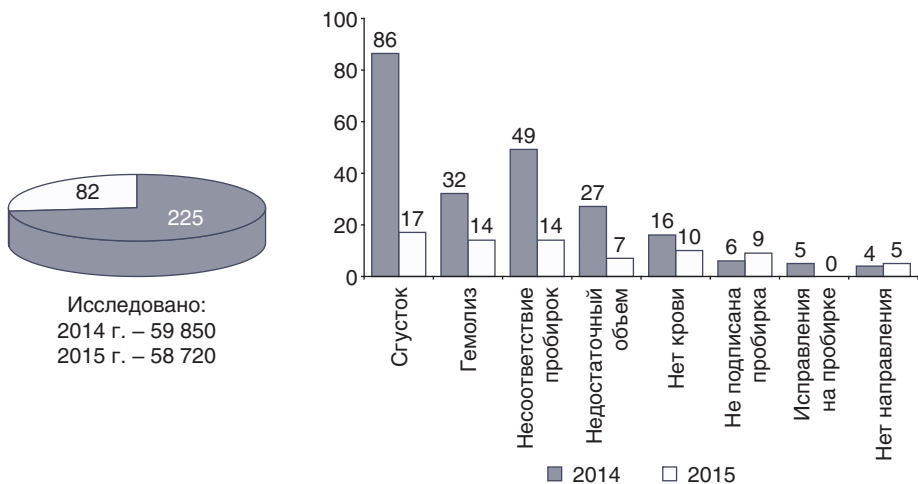


Рис. 3. Сравнительный анализ ошибок преаналитического этапа

стер в управлении рисками при заборе крови, обеспечении безопасности медицинского персонала и пациентов, подготовке пациентов к лабораторным исследованиям.

Участникам были продемонстрированы учебные фильмы по забору венозной и капиллярной крови. Медицинские сестры на практике отрабатывали технологию забора крови, разбирали ошибки, которые допускаются при заборе крови, транспортировке материалов до лаборатории.

В итоге за 8 месяцев 2015 г. снизилось число отбракованных проб биоматериала до 82, по сравнению с периодом 2014 г. – 225 проб (рис. 3).

Как видно из данных, представленных на рис. 3, отмечено существенное снижение ошибок при взятии биоматериала: образование сгустков сократилось с 86 в 2014 г. до 17 в 2015 г.; гемолиз наблюдался в 14 случаях в 2015 г. против 32 случаев в 2014 г.; несоответствие пробирок выявлено в 14 случаях в 2015 г. против 49 – в 2014 г.

Проведенный анализ выявил также проблемные направления, по которым намечилось не снижение количества ошибок, а увеличение, по этим направлениям необходимо интенсифицировать работу по совершенствованию: это отсутствие идентификации пробирки и отсутствие сопроводительных направлений.

Выводы

1. Применение практических инструментов совершенствования деятельности, рассмотренных в данной статье на примере преаналитического этапа, стало возможно благодаря внедренной СМК в РКБ.

2. Одним из ключевых элементов успешного освоения СМК и процесса постоянного совершенствования является максимальное вовлечение сотрудников всех уровней организации и их способности к открытому и взаимовыгодному сотрудничеству.

3. Необходимо привлечение медицинских сестер, непосредственно участвующих в процессе взятия биоматериала в клинических отделениях, к стандартизации деятельности на уровне исполнителей ввиду того, что результаты лабораторных исследований напрямую зависят от правильного взятия образцов биоматериала.

4. С учетом всех ошибок, которые были зарегистрированы на преаналитическом этапе взятия крови, медицинскими сестрами определены зоны риска, выявлены слабые места, разработаны корректирующие и предупреждающие действия, построен непрерывный процесс обучения. Сравнительный анализ показал эффективность мероприятий по совершенствованию, результат которых – существенное сокращение ошибок на преаналитическом этапе.

¹ Кишкун А.А., Гильманов А.Ж. Организация преаналитического этапа при централизации лабораторных исследований. М., 2013.

² Plebani M. Выявление и предотвращение ошибок в лабораторной медицине // Annals of Clinical Biochemistr. 2010–47.

³ Кишкун А.А. Роль и значение преаналитического этапа в лабораторной диагностике и клинической практике, М., 2012.

⁴ Приказ Минздрава России от 13.11.1996 № 377 (ред. от 23.08.2010) «Об утверждении Инструкции по организации хранения в аптечных учреждениях различных групп лекарственных средств и изделий медицинского назначения».

⁵ Кишкун А.А., Гильманов А.Ж. Организация преаналитического этапа при централизации лабораторных исследований. М., 2013.

⁶ Диаграмма Исикавы – т. н. диаграмма «рыбьей кости» (англ. Fishbone Diagram), или «причинно-следственная» диаграмма (англ. Cause and Effect Diagram), а также диаграмма «анализа корневых причин». Диаграмма названа в честь одного из крупнейших японских теоретиков менеджмента – профессора Каору Исикавы, который предложил ее в 1952 г. как дополнение к существующим методикам логического анализа и улучшения качества процессов в промышленности Японии.

Профессиональный календарь – лучший подарок на Новый год!

**Календарь
для специалистов ЛПУ**

2016

Январь

ПН	4	11	18	25	
ВТ	5	12	19	26	
СР	6	13	20	27	
ЧТ	7	14	21	28	
ПТ	1	8	15	22	29
СБ	2	9	16	23	30

Февраль

ПН	1	8	15	22	29
ВТ	2	9	16	23	
СР	3	10	17	24	
ЧТ	4	11	18	25	
ПТ	5	12	19	26	
СБ	6	13	20	27	

Март

ПН	7	14	21	28	
ВТ	1	8	15	22	29
СР	2	9	16	23	30
ЧТ	3	10	17	24	31
ПТ	4	11	18	25	
СБ	5	12	19	26	
ВС	6	13	20	27	

Апрель

ПН	4	11	18	25	
ВТ	5	12	19	26	
СР	6	13	20	27	
ЧТ	7	14	21	28	
ПТ	1	8	15	22	29
СБ	2	9	16	23	30
ВС	3	10	17	24	

Июль

ПН	4	11	18	25	
ВТ	5	12	19	26	
СР	6	13	20	27	
ЧТ	7	14	21	28	
ПТ	1	8	15	22	29
СБ	2	9	16	23	30
ВС	3	10	17	24	31

Август

ПН	1	8	15	22	29
ВТ	2	9	16	23	30
СР	3	10	17	24	31
ЧТ	4	11	18	25	
ПТ	5	12	19	26	
СБ	6	13	20	27	
ВС	7	14	21	28	

Оформите подписку на журнал «Здравоохранение» на 2016 год и получите с первым номером профессиональный календарь в **подарок!**

Внешний вид календаря может отличаться от представленного изображения.

Профилактика гемоконтактных инфекций среди медперсонала в операционных блоках

Ключевые слова

гемоконтактные инфекции, ВИЧ, ВГВ, ВГС, профилактика, саморазрушающиеся шприцы

В.Г. Акимкин,
д-р мед. наук, проф.,
член-корр. РАН,
зам. директора
по научной работе
ФБУН «НИИ дезин-
фектологии»
Роспотребнадзора,
зав. кафедрой
дезинфектологии
МПФ ПМГМУ
им. И.М. Сеченова

МЕДИЦИНСКИЕ РАБОТНИКИ – ГРУППА ВЫСОКОГО РИСКА ЗАРАЖЕНИЯ ГЕМОКОНТАКТНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ.

В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ЭТОМУ РИСКУ ПОДВЕРЖЕНЫ СОТРУДНИКИ ОТДЕЛЕНИЙ ГЕМОДИАЛИЗА, ГЕМАТОЛОГИИ, ХИРУРГИИ И РЕАНИМАЦИИ, КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ЛАБОРАТОРИЙ.

Степень риска инфицирования сотрудников гепатитами В и С, ВИЧ-инфекцией в значительной мере зависит от множества факторов¹:

- характера и экстренности оказываемой медицинской помощи (к примеру, уровень выявления антител к вирусу гепатита В и С (ВГВ и ВГС) в крови медицинского персонала отделений, оказывающих экстренную хирургическую помощь, составляет 89,7% по сравнению с 10,3% в отделениях, выполняющих плановую хирургическую деятельность²);
- стажа профессиональной деятельности;
- соблюдения правил личной безопасности при работе с инфицированным материалом;
- доли пациентов, инфицированных гепатитами В и С;
- эпидемического риска при отдельных методах лечения и диагностики, обусловленных техническими особенностями аппаратуры и возможностью ее качественной дезинфекции и стерилизации.

Профессиональный риск контакта с кровью

Статистика, иллюстрирующая проблему профессионального заражения медицинских работников гемоконтактными инфекциями, к сожалению, более полно представлена не в российских, а в зарубежных источниках. Поэтому далее мы будем опираться в основном на иностранные публикации.

Ежегодно в мире проводится 234 млн операций (по 1 на 25 чел.)³.

Среди 35 млн работников здравоохранения в мире ежегодно регистрируется около 3 млн случаев экспозиции инфицированной жидкости на кожных покровах медработников⁴, в т. ч. 2 млн – с вирусом гепатита В, 0,9 млн – с вирусом гепатита С, 170 тыс. – с ВИЧ.

«...ПОЛОЖЕНИЕ С ОХРАНОЙ ЗДОРОВЬЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ОСТАВЛЯЕТ ЖЕЛАТЬ ЛУЧШЕГО, ... НАМЕТИЛАСЬ ТЕНДЕНЦИЯ РОСТА НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. ЭТО ПРИТОМ ЧТО УРОВЕНЬ ОБЩЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В ОТРАСЛИ ВСЕГДА БЫЛ ДОСТАТОЧНО ВЫСОКИМ ИЗ-ЗА ПРЯМОГО КОНТАКТА С БОЛЬНЫМИ, А ТАКЖЕ ОБУСЛОВЛЕН СПЕЦИФИКОЙ УСЛОВИЙ ТРУДА».

Н.Ф. Измеров, доктор медицинских наук, профессор, академик РАН

Только в США ежегодно среди медицинских работников происходит 385 тыс. случаев повреждения кожных покровов иглами и другими острыми инструментами, т. е. в среднем 1000 поврежденных острыми инструментами в день⁵. В Германии ежегодно происходит 500 тыс. случайных травм от уколов иглы⁶.

При этом в 50% и более случаев медики не сообщают о повреждениях кожных покровов на рабочем месте.

О значительном снижении числа сообщений о повреждениях кожных покровов у работников здравоохранения свидетельствует целый ряд проведенных зарубежных исследований⁷.

Пути заражения медицинских работников гемоконтактными инфекциями

Заражение медицинских работников гемоконтактными инфекциями, в частности вирусными гепатитами, в основном происходит через кожу (85%) и слизистые оболочки (10%)⁸.

Кожные покровы чаще всего повреждаются полыми иглами – в 59% случаев (подкожными иглами – 32%, иглами «бабочками» – 12%, в/в зондами – 6%, иглами для флеботомии – 3%, другими полыми иглами – 6%), а также острыми неполыми предметами – в 34% случаев (шовными иглами – 19%, скальпелями – 7%, другими инструментами – 8%); в 2% случаев происходят порезы и проколы стеклом⁹.

Большинство (40%) повреждений кожных покровов наблюдается в стационарах (в основном в общехирургических палатах и в бригадах интенсивной терапии), а также в оперблоках (25%). При оказании амбулаторно-поликлинической помощи происходит 9% повреждений кожных покровов, в процедурных кабинетах – 8%, в лабораториях – 5%, в отделениях неотложной помощи – 4%, в ходе утилизации/стирки/снабжения – 1% (n = 16 855)¹⁰.

Повреждения кожных покровов во время операций отличаются от других

Оценка рисков



ВЫСОКИЙ РИСК ЗАРАЖЕНИЯ ГЕМОКОНТАКТНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ



ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ РИСК ПРИ ОТДЕЛЬНЫХ МЕТОДАХ ЛЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ



НЕСВОЕВРЕМЕННОЕ ВНЕДРЕНИЕ В РАБОТУ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ СОВРЕМЕННЫХ БЕЗОПАСНЫХ ИЗДЕЛИЙ, ПРЕДОТВРАЩАЮЩИХ РИСК ЗАРАЖЕНИЯ

повреждений в стационаре, они неизбежны и требуют особых мер предосторожности (в зависимости от специфики).

Во время операций в 51% случаев повреждения кожных покровов происходят хирургической иглой, 13,2% – поллой иглой, 11,7% – лезвием скальпеля¹¹.

Повреждения при работе с хирургическими иглами происходят:

- при установке или переустановке иглы в держателе;
- в процессе передачи из рук в руки острых инструментов между хирургом, ассистентами и операционной медсестрой;
- в процессе наложения швов, особенно когда игла направляется пальцами;
- при раздвигании или натяжении тканей руками;
- когда хирург зашивает ткань в направлении своей руки или руки ассистента;
- при завязывании узлов с присоединенной иглой;
- когда сразу после использования шовный материал оставляется в области операционного поля без присмотра;
- при помещении использованной иглы в переполненный контейнер¹².

Действия, связанные с использованием полых игл, во время которых возможно повреждение кожных покровов:

- использование во время операции;
- установка или передача оборудования;
- перенос для утилизации и утилизация, особенно с нарушениями санитарных правил;
- очистка;
- случайное касание;
- надевание колпачка на иглу;
- катетеризация вены;
- перенос или обработка образцов¹³.

Повреждения при работе со скальпелем происходят:

- при установке или извлечении использованного лезвия из многогранной рукоятки;
- в процессе передачи скальпеля из рук в руки;
- при раздвигании или натяжении тканей руками;
- при осуществлении разреза в направлении пальцев хирурга или ассистента;
- непосредственно перед или сразу после использования при оставлении скальпеля без присмотра в области операционного поля;
- при помещении скальпеля в переполненный контейнер для острых предметов¹⁴.

Система профилактики гемоконтактных инфекций

Профилактика делится на специфическую (вакцинация против гепатита В) и неспецифическую, проводимую в отношении всех гемоконтактных инфекций.

Специфическая профилактика.

В России лицензированы только генно-инженерные вакцины против гепатита В, которые производятся путем включения гена субъединицы S HBV, кодирующей HBsAg, в геном дрожжевых клеток. Эти вакцины высокоиммуногенны (95–99%) и малореактогенны (менее чем у 5% привитых могут развиваться местные проявления – гиперемия и уплотнение в месте введения), при этом не вызывают общие поствакцинальные осложнения (сообщения о развитии рассеянного склероза опровергнуты экспертами ВОЗ).

Неспецифическая профилактика.

В системе мер неспецифической профилактики гемоконтактных инфекций все пациенты должны рассматриваться как потенциальные источники инфицирования вирусами гепатитов и ВИЧ. Эти меры применяются при контакте с кровью, со слизистыми оболочками и поврежденной кожей, всеми биологическими жидкостями организма человека, продуктами се-

креции и экскреции, содержащими и не содержащими кровь.

В комплекс мер неспецифической профилактики, снижающих риск возникновения инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП), входят:

- мытье рук;
- применение кожных антисептиков;
- правильное использование перчаток;
- обеспеченность изделиями одноразового применения;
- ношение специальной рабочей одежды, масок и др.;
- система дезинфекционных мероприятий;
- стерилизация изделий медицинского назначения;
- утилизация медицинских отходов и др.

С целью снижения травматизма во время операций Американский колледж хирургов составил **Рекомендации по технике безопасности при работе с острыми предметами** (июнь 2007)¹⁵.

В частности, колледж рекомендует:

- использовать тупоконечные иглы при сшивании мышц и фасций;
- создавать нейтральную зону и применять технику работы без передачи инструментов из рук в руки;
- использовать двойные перчатки;
- разрабатывать и применять средства защиты от повреждений острыми инструментами.

Рассмотрим подробнее последние два пункта.

В операционной в 93,3% случаев травмируются руки. Основная защита от таких повреждений – правильно подобранные перчатки. При чем надевание двух пар перчаток значительно увеличивает степень защиты и снижает риск экспозиции крови на коже рук хирургов¹⁶.

К тому же частота обнаружения проколов значительно выше при использовании перчаток с индикацией (при проколе этих медицинских изделий

в присутствии жидкости быстро появляется яркий визуальный знак, который сигнализирует о необходимости замены перчаток для сохранения защитного барьера). Ведь до 92% проколов остаются незамеченными в ходе операции¹⁷, использование же перчаток с индикацией позволяет обнаружить до 97% проколов¹⁸.

Объем крови на поверхности иглы при прохождении через 2 слоя перчаток снижается на 95%¹⁹. При использовании двух перчаток внутренняя перчатка остается неповрежденной в 98% случаев. По результатам исследования, надевание двух перчаток снижало долю загрязнения рук кровью среди хирургов с 13% (15/115) до 2% (2/98)²⁰.

Немаловажной мерой профилактики заражения гемоконтактными инфекциями является внедрение в работу медицинских организаций современных безопасных изделий: саморазрушающихся шприцев, периферических венозных катетеров с устройством защиты от укола, инъекционных игл с защитным чехлом, безопасных комплектов для взятия венозной крови и т. д. Так, некоторые страны, например США, законодательно запретили использование в здравоохранении старых типов одноразовых шприцов. Сегодня безопасной альтернативой для инъекций является новый тип шприца – так называемый **саморазрушающийся шприц**, или safety syringes. Его конструкция не позволяет использовать данное изделие повторно.

Саморазрушающиеся изделия отличаются от стандартных тем, что имеют особое приспособление внутри цилиндра. Это приспособление после выполнения инъекции соединяет поршень и иглодержатель, и обратный ход поршня втягивает иглодержатель и иглу внутрь цилиндра. Будучи втянутой внутрь цилиндра, игла исключает случайную травму и заражение. Принцип работы этого изделия

следующий: сначала шприц, как обычно, наполняется препаратом, осуществляется инъекция, после чего иглодержатель с поршнем сцепляется и блокируется. Обратное движение поршня втягивает иглодержатель и иглу внутрь цилиндра. Последний этап – поршень освобождается от иглодержателя (отламывается), а игла остается внутри цилиндра и сразу подлежит утилизации. ВОЗ настоятельно рекомендует полностью перейти на применение исключительно такого типа шприцов, особенно это касается государств, где высок уровень потребления наркотиков.

Механизм защиты иглы в **периферическом венозном катетере** обеспечивает безопасность для медработников как в процессе его установки, так и при последующей утилизации иглы-проводника. Кнопка на основании катетера удерживает иглу вытянутой до момента активации механизма; при нажатии на кнопку пружина освобождается и игла с камерой обратного тока втягивается в безопасный прозрачный цилиндр, тем самым предотвращая ранение иглой и разбрызгивание крови и минимизируя риск инфицирования медперсонала.

Инъекционные иглы с защитным чехлом. Данная технология разработана специально для присоединения инъекционных игл к любым шприцам типа «луер». Защитный чехол ориентирован к срезу иглы, что обеспечивает возможность выполнения инъекций под малым углом. Механизм защиты от укола активируется одним движением пальца и не требует дополнительных усилий. Активация механизма защиты от укола следует немедленно по окончании инъекции и подтверждается хорошо слышимым щелчком. Игла остается надежно скрытой внутри защитного чехла.

Специальный комплект для взятия венозной крови позволяет предотвратить случайный укол иглой во время про-

цедуры взятия крови, не меняя при этом технику взятия крови, благодаря легкому в использовании защитному механизму. Защитный механизм активируется сразу после извлечения иглы из вены путем нажатия на твердую поверхность (активация одной рукой). После этого механизм невозможно снять. Об успешной активации свидетельствует ясно различимый щелчок.

Техника безопасности в операционной

Учитывая сказанное выше, для предотвращения в операционной контакта медперсонала с кровью можно дать следующие рекомендации:

1. Для раздвигания и натяжения тканей пользуйтесь инструментами, а не руками.
2. Используйте инструменты, а не руки, для взятия, установки и извлечения игл и скальпелей.
3. Заранее вслух предупреждайте коллег о передаче острого предмета.
4. Не передавайте из рук в руки острые инструменты.
5. Используйте нейтральную зону или емкость для передачи острых инструментов.
6. По возможности используйте альтернативные методы рассечения, такие как электрокоагуляция и хирургический лазер.
7. Старайтесь заменять открытые операции эндоскопическими.
8. Используйте лезвия с закругленным концом вместо лезвий с острым концом.
9. Используйте тупоконечные иглы.
10. Используйте двойные перчатки и перчатки с индикацией для скорейшего обнаружения повреждений внешней перчатки²¹.

В заключение следует отметить: работники здравоохранения скорее готовы соблюдать меры безопасности, если осознают, что находятся в ситуации риска

заражения гемоконтактными инфекциями и что он значителен. Необходимо систематическое напоминание персоналу медицинской организации об этом, обучение правилам безопасной работы и контроль

их выполнения на местах. Изменение поведения сотрудников в отношении профилактики гемоконтактных инфекций снизит риск заражения ими, и этот результат стоит затраченных усилий.

- ¹ Акимкин В.Г., Семенов Т.А., Никитина Г.Ю., Годков М.А., Скворцов С.В. Эпидемиология гепатитов В и С в лечебно-профилактических учреждениях. М.: Бионика, 2013. 216 с.
- ² Акимкин В.Г. с соавт., 1997–2013.
- ³ <http://www.thelancet.com>. Published online June 25, 2008. DOI:10.1016/S0140-6736(08)60924-1.
- ⁴ World Health Organization. Health Care Worker Safety. Aide-Memoire for a strategy to protect health workers from infection with blood-borne viruses. WHO/BCT/03.11.
- ⁵ <http://www.cdc.gov/sharpssafety>. Accessed October, 2008.
- ⁶ Hofmann F. (2002). Needle stick injuries in health care – frequency, causes und preventive strategies. Gesundheitswesen, 5(64) (2002) 259–266.
- ⁷ Perry J., Jagger J. (2003). Healthcare workers blood exposure risks: Correcting some outdated statistics. Advances in Exposure prevention, 6 (2003) 28-31.
- ⁸ http://www.cdc.gov/sharpssafety/wk_overview.html, 2008.
- ⁹ http://www.cdc.gov/sharpssafety/wk_overview.html, 2008.
- ¹⁰ http://www.cdc.gov/sharpssafety/wk_overview.html, 2008.
- ¹¹ Jagger J., Balon M. (1995). Suture needle and scalpel blade injuries. Frequent but underreported. Advances in Exposure Prevention, 1 (1995) 6–8.
- ¹² AORN Guidelines Statement. «Sharp injury prevention in the perioperative setting. Standards, recommended practice and guidelines», (2005) 199–204.
- ¹³ http://www.cdc.gov/sharpssafety/wk_overview.html, 2008.
- ¹⁴ AORN Guidelines Statement. «Sharp injury prevention in the perioperative setting. Standards, recommended practice and guidelines», (2005) 199–204.
- ¹⁵ http://www.facs.org/fellows_info/statements/st-52.html.
- ¹⁶ Naver L.P.S., Gottrup F. (2000). Incidence of glove perforations during gastrointestinal surgery and the protective effect of double gloves: a prospective, randomized controlled study, Eur J Surg, 166 (2000) 293–295.
- ¹⁷ Maffulli N. et al. (1991). Glove perforation in hand surgery, The Journal of Hand Surgery, 6 (1991) 1034–1037.
- ¹⁸ Wigmore S.J., Rainey. (1994). Use of coloured undergloves to detect glove puncture, British J Surg, 81 (1994) 1480.
- ¹⁹ Bennett N.T., Howard R.J. (1994). Quantity of blood inoculated in a needlestick injury from suture needles, J Am Coll Surg, 2(178) (1994) 107–110.
- ²⁰ Naver L.P.S., Gottrup F. (2000). Incidence of glove perforations during gastrointestinal surgery and the protective effect of double gloves: a prospective, randomized controlled study, Eur J Surg, 166 (2000) 293–295.
- ²¹ CDC Recommendations <http://www.cdc.gov/sharpssafety>/accessed November 2011; Tanner J., Parkinson H. Double gloving to reduce surgical cross-infection. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2006, Issue 3. Art. No. CD003087.

Подписка в редакции – быстро, выгодно, надежно!



По тел.:
8 (495) 937-9080, 937-9082



На сайте
www.proflit.ru



Реклама

Досрочное назначение трудовой пенсии по старости

И.С. Цветкова,
Пенсионный
фонд РФ

В публикации использованы следующие сокращенные названия:

- ТК РФ – Трудовой кодекс РФ;
- ГК РФ – Гражданский кодекс РФ;
- Закон № 173-ФЗ – Федеральный закон от 17.12.2001 № 173-ФЗ «О трудовых пенсиях в Российской Федерации»;
- Закон № 400-ФЗ – Федеральный закон от 28.12.2013 № 400-ФЗ «О страховых пенсиях»;
- 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 Правительства РФ от 29.10.2002 № 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 Правительства РФ от 29.10.2002 № 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 Правительства РФ от 29.10.2002 № 781).

? Возможно ли претендовать на досрочное назначение трудовой пенсии по старости в связи с осуществлением лечебной и иной деятельности по охране здоровья при условии, что трудовая деятельность осуществлялась в должности лаборанта в санитарно-эпидемиологической лаборатории организации, не указанной в числе организаций (учреждений), работа в которых дает право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости медицинским работникам?

➤ Досрочное пенсионное обеспечение медицинских работников осуществляется в соответствии с нормами п. 20 ч. 1 ст. 30 Закона № 400-ФЗ, а также нормативными правовыми актами, регулирующими правоотношения медицинских работников, принятые в целях реализации указанной нормы Закона № 400-ФЗ.

В соответствии с положением п. 20 ч. 1 ст. 30 Закона № 400-ФЗ право на досрочную страховую пенсию по старости в связи с лечебной и иной деятельностью по охране здоровья населения в учреждениях здравоохранения предоставлено лицам, осуществившим указанную деятельность не менее 25 лет в сельской местности и в поселках городского типа и не менее 30 лет в городах, сельской местности и в поселках городского типа либо только в городах независимо от достижения ими общеустановленного пенсионного возраста, предусмотренного действующим пенсионным законодательством (для мужчин по достижении возраста 60 лет, для женщин – 55 лет.)

Важно ➤ Норма п. 20 ч. 1 ст. 30 Закона № 400-ФЗ не конкретизирует круг лиц, пользующихся правом на досрочную трудовую пенсию по старости в связи с лечебной и иной деятельностью по охране здоровья населения в учреждениях здравоохранения, а также порядок исчисления периодов работы указанных лиц и носит отсылочной характер согласно ч. 2 ст. 30 названного Федерального закона ■

Во исполнение ч. 2 ст. 30 Закона № 400-ФЗ принято постановление Правительства РФ от 16.07.2014 № 665 «О списках работ, производств, профессий, должностей, специальностей и учреждений (организаций), с учетом которых досрочно назначается страховая пенсия по старости, и правилах исчисления периодов работы (деятельности), дающей право на досрочное пенсионное обеспечение» (далее – Постановление № 665).

При досрочном назначении страховой пенсии по старости медицинским работникам на основании подп. «н» п. 1 Постановления № 665 применяется Список должностей и учреждений, работа в которых засчитывается в стаж работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости лицам, осуществившим лечебную и иную деятельность по охране здоровья населения в учреждениях здравоохранения, в соответствии с подп. 20 п. 1 ст. 27 Закона № 173-ФЗ.

В соответствии с п. 3 Постановления № 665 исчисление периодов работы, дающей право на досрочное назначение страховой пенсии по старости лицам, осуществившим лечебную и иную деятельность по охране здоровья населения в учреждениях здравоохранения, осуществляется с применением Правил исчисления периодов работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости лицам, осуществившим лечебную и иную деятельность по охране здоровья населения в учреждениях здравоохранения, в соответствии с подп. 20 п. 1 ст. 27 Закона № 173-ФЗ.

Постановлением № 665 закреплены те же акты, которые применялись при досрочном назначении трудовой пенсии по старости медицинским работникам в соответ-

ствии с подп. 20 п. 1 ст. 27 Закона № 173-ФЗ, и определен порядок их применения в целях досрочного пенсионного обеспечения в соответствии с п. 20 ч. 1 ст. 30 Закона № 400-ФЗ.

Важно ➤ По существу, Закон № 400-ФЗ сохраняет право на досрочную страховую пенсию по старости за профессиональными категориями работников, в т. ч. за лицами, осуществлявшими лечебную и иную деятельность по охране здоровья населения, которым право на досрочную пенсию предоставлялось до 01.01.2002 и сохранялось Законом № 173-ФЗ ■

При этом с 01.01.2015 г. установлено новое дополнительное требование досрочного назначения пенсии по старости, а именно – наличие величины индивидуального пенсионного коэффициента (далее – ИПК) в размере не менее 30. При установлении досрочной пенсии в 2015 г. ИПК должен составлять не ниже 6,6. При этом величина ИПК ежегодно увеличивается на 2,4 до достижения величины 30.

Кроме того, необходимо отметить, что при рассмотрении вопросов досрочного пенсионного обеспечения медицинских работников применяются Правила, которые регулируют порядок исчисления периодов работы, дающей право на досрочное назначение страховой пенсии по старости профессиональных категорий граждан, в т. ч. медицинских работников. При исчислении периодов работы, дающей право на пенсию по рассматриваемому основанию в части, не урегулированной упомянутыми Правилами № 781, применяются Правила исчисления периодов работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости в соответствии со статьями 27 и 28 Закона № 173-ФЗ, утвержденными постановлением Правительства РФ от 11.07.2002 № 516 (далее – Правила № 516).

Таким образом, право на досрочную страховую пенсию по старости в связи с лечебной и иной деятельностью по охране здоровья населения в учреждениях здравоохранения определяется в соответствии с Законом № 400-ФЗ при наличии сложного юридического состава:

- работы в должностях и учреждениях, предусмотренных соответствующими списками;
- выполнения нормальной или сокращенной продолжительности рабочего времени, установленной трудовым законодательством для соответствующих должностей (в объеме полной ставки) за период, начиная с 1 ноября 1999 года;
- наличия страхового стажа, дающего право на досрочное пенсионное обеспечение (стажа на соответствующих видах работ) не менее 25 лет в сельской местности или поселке городского типа (рабочем поселке) либо не менее 30 лет в городах, а также в сельской местности, поселках городского типа (рабочих поселках), т. е. наличия так называемого смешанного стажа;
- наличия величины ИПК в размере, соответствующем году назначения досрочной пенсии.

В законодательстве о страховых пенсиях не дается четкой формулировки понятия «стаж, дающий право на досрочное назначение страховой пенсии по старости» (стаж на соответствующих видах работ»). В соответствии с постановлением Правительства РФ от 11.07.2002 № 516 в стаж на соответствующих видах работ засчитываются периоды работы, выполняемой постоянно в течение полного рабочего дня, если иное не предусмотрено Правилами № 516 или иными нормативными правовыми актами, при условии уплаты за эти периоды страховых взносов в Пенсионный фонд РФ.

При применении Правил № 516 к уплате страховых взносов в Пенсионный фонд РФ приравнивается уплата взносов на государственное социальное страхование до 01.01.1991 г., единого социального налога (взноса) и единого налога на вмененный доход для определенных видов деятельности.

Исходя из правового смысла данного положения следует, что «стаж, дающий право на досрочную страховую пенсию по старости» («стаж на соответствующих видах работ») – это суммарная продолжительность периодов профессиональной трудовой деятельности (в должностях, учреждениях (структурных подразделениях учреждений, организаций), в течение которых уплачивались страховые взносы в Пенсионный фонд РФ.

В пункте 26 раздела «Наименование учреждений» Списка № 781 приведен исчерпывающий перечень лабораторий, работа в которых засчитывается в стаж на соответствующих видах работ для назначения досрочной страховой пенсии по старости в связи с лечебной и иной деятельностью по охране здоровья населения в соответствии с п. 20 ч. 1 ст. 30 Федерального закона № 400-ФЗ.

В разделе 26 «Наименование учреждений» Списка № 781 санитарно-эпидемиологические лаборатории не поименованы.

Важно ➤ Одновременно следует отметить, что законодателем предоставлена возможность решения вопроса о праве на досрочную страховую пенсию по старости в связи с лечебной и иной деятельностью по охране здоровья населения с учетом Правил № 781, предусматривающих соответствующие структурные подразделения, работа в которых может быть засчитана в стаж на соответствующих видах работ ■

Согласно Правилам № 781 в стаж работы на общих основаниях в порядке, предусмотренном названными Правилами, засчитывается работа в определенных должностях и в определенных структурных подразделениях, в частности, в санитарно-эпидемиологических лабораториях, являющихся структурными подразделениями организаций (воинских частей).

Постановление Правительства РФ от 02.10.2014 № 1015 утверждены Правила подсчета и подтверждения страхового стажа для установления страховых пенсий, предусматривающие порядок подтверждения страхового стажа до периодов регистрации гражданина в качестве застрахованного лица в соответствии с Федеральным законом от 01.04.1996 № 27-ФЗ «Об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования» и после такой регистрации.

Периоды работы о регистрации гражданина в качестве застрахованного лица, включаемые в страховой стаж, подтверждаются на основании сведений индивидуального (персонифицированного) учета. В случае если в сведениях индивидуального (персонифицированного) учета содержатся неполные сведения о периодах работы либо отсутствуют сведения об отдельных периодах работы, периоды работы подтверждаются соответствующими документами.

Документом, подтверждающим периоды работы по трудовому договору, является трудовая книжка установленного образца. Трудовая книжка содержит информацию о трудовой деятельности и трудовом стаже работника.

При отсутствии трудовой книжки, а также в случае, если в трудовой книжке содержатся неправильные и неточные сведения либо отсутствуют записи об отдельных периодах работы, в подтверждение периодов работы принимаются письменные трудовые договоры, оформленные в соответствии с трудовым законодательством, действовав-

шим на день возникновения соответствующих правоотношений, справки, выдаваемые работодателями или соответствующими государственными (муниципальными) органами, выписки из приказов, лицевые счета и ведомости на выдачу заработной платы.

Важно ➤ В случае если трудовая книжка не ведется, периоды работы по трудовому договору подтверждаются письменным трудовым договором, оформленным в соответствии с трудовым законодательством, действовавшим на день возникновения соответствующих правоотношений ■

Дополнительно необходимо обратить внимание, что согласно приказу Министерства труда и социальной защиты населения Российской Федерации от 28.11.2014 № 958 «Об утверждении перечня документов, необходимых для установления страховой пенсии, установления и перерасчета размера фиксированной выплаты к страховой пенсии с учетом повышения фиксированной выплаты к страховой пенсии, назначения накопительной пенсии, установления пенсии по государственному пенсионному обеспечению» для назначения страховой пенсии по старости необходимы документы, в частности, подтверждающие периоды работы и (или) иной деятельности и иные периоды, включаемые (засчитываемые) в страховой стаж (стаж на соответствующих видах работ), правила подсчета и подтверждения которого утверждены постановлением Правительства РФ от 02.10.2014 № 1015 в разделе об индивидуальном пенсионном коэффициенте.

Вопрос с точки зрения правового аспекта разрешаем в рамках действующего законодательства с учетом работы в должности и структурном подразделении, предусмотренных соответствующими Списком и Правилами.

Если из трудовой книжки ясно, что работа осуществлялась в организации, не предусмотренной Списком № 781, в составе которой на правах структурного подразделения функционирует применительно к рассматриваемому случаю санитарно-эпидемиологическая лаборатория, и зачисление на должность, поименованную Списком (лаборант), осуществлено непосредственно в организацию, работа в которой не дает право на соответствующий вид пенсии, вопрос о досрочном пенсионном обеспечении медицинского работника, осуществлявшего лечебную и иную деятельность в соответствующем структурном подразделении, может быть рассмотрен положительно в соответствии с Правилами № 781.

Одновременно следует отметить, что право оценивать документы принадлежит территориальному органу Пенсионного фонда РФ – органу, непосредственно принимающему решение или распоряжение об установлении досрочной трудовой пенсии по старости, либо решение об отказе в установлении пенсии на основе всестороннего, полного и объективного их рассмотрения в рамках законодательства и нормативной правовой базы, регулирующей сферу пенсионных правоотношений медицинских работников.

В этой связи при необходимости орган, осуществляющий пенсионное обеспечение, может истребовать дополнительные (уточняющие) документы, подтверждающие спорный период работы, выполнение продолжительности рабочего времени, установленного трудовым законодательством для соответствующей должности; наличие периодов иной деятельности, имевшей место в период трудовых отношений с учреждением (организацией) и другие документы, влияющие в целом на продолжительность стажа для назначения страховой пенсии по старости досрочно, т. е. независимо от достиже-

ния общеустановленного пенсионного возраста (55 лет и 60 лет для женщин и мужчин соответственно).

? **Один из периодов трудовой деятельности приходился на работу в должности медицинской сестры в нейрохирургическом отделении районной клинической больницы в период с 24.03.1990 по 11.09.1999 г. Подлежит ли данный период работы включению в стаж, дающий право досрочное назначение страховой пенсии по старости в связи с осуществлением лечебной и иной деятельности по охране здоровья с применением льготного порядка, когда один год засчитывается за один год и 6 месяцев?**

➤ В соответствии с Правилами № 781 периоды работы в должностях в учреждениях, дающих право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости в связи с осуществлением лечебной и иной деятельности по охране здоровья населения в учреждениях здравоохранения засчитываются в стаж работы в календарном порядке, за исключением отдельных случаев применения льготного порядка исчисления стажа указанной работы:

Так, лицам, работавшим в структурных подразделениях учреждений здравоохранения в строго определенных должностях, предусмотренных в специальном Перечне должностей, структурных подразделений (отделений хирургического профиля) определенных учреждений (больницы, медико-санитарная часть, госпиталь, косметологическая лечебница и другие учреждения, работа в которых дает право на досрочную трудовую пенсию по старости в связи с осуществлением лечебной и иной деятельности по охране здоровья населения в учреждениях здравоохранения) год работы засчитывается в указанный стаж работы как год и 6 месяцев.

Разделом «Наименование должностей» Перечня № 781 предусмотрены медицинские сестры операционные.

Таким образом, исходя из приведенной нормы «операционные медицинские сестры» право на льготное исчисление стажа работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости медицинским работникам, предоставляется не всем медицинским сестрам, а только тем, которые непосредственно участвуют в проведении операций.

Такая льгота им предоставлена в связи с психоэмоциональными нагрузками, сложностью, связанную с выполнением работы по оперированию больных в составе оперирующей бригады и другими факторами, неблагоприятно влияющими на организм человека, и ведущими к утрате профессиональной трудоспособности медицинского работника до наступления общеустановленного пенсионного возраста, предусмотренного действующим пенсионным законодательством.

Нейрохирургическое отделение – это отделение, которое относится к числу отделений хирургического профиля. Нейр(о) – первая составная часть сложных слов, указывающая на их отношение к нервам, нервной системе, например, нейрохирургия, нейросекция.

Важно ➤ Для применения льготного порядка к периодам соответствующей работы, когда один год работы засчитывается за один год и 6 месяцев, необходимо выполнение работы в должности и в структурном подразделении (отделении) хирургического профиля стационара ■

Поскольку в данном случае работа осуществлялась в должности «медицинская сестра», а не в должности «операционная медицинская сестра» (как это предусмотрено нормативными правовыми актами, регулирующими сферу пенсионных правоотношений) у органов пенсионного обеспечения нет формально-правовых оснований для применения вышеуказанного льготного порядка к периодам работы в должности медицинской сестры нейрохирургического отделения районной клинической больницы с 24.03.1990 по 11.09.1999.

Вместе с тем в интересах застрахованного лица и в целях решения вопроса о возможности льготного исчисления стажа работы при определении права на досрочное назначение трудовой пенсии по старости в связи с осуществлением лечебной и иной деятельности по охране здоровья населения в учреждениях здравоохранения территориальными органами пенсионного обеспечения во внимание могут быть приняты документы, подтверждающие, что медицинская сестра по существу являлась операционной медицинской сестрой. К таким документам могут быть отнесены, например, журналы хирургических операций, из которых усматривалось бы участие медицинской сестры в проведении таких операций. При этом необходимо помнить, что право на досрочную страховую пенсию по старости в связи с осуществлением лечебной и иной деятельности по охране здоровья населения в учреждениях здравоохранения определяется при выполнении прочих условий, закрепленных нормами права. Это означает, что для включения спорного периода работы в стаж соответствующей работы для назначения пенсии по рассматриваемому основанию условие работы в должности, структурном подразделении (отделении) хирургического профиля, предусмотренных в Списке № 781 и в Перечне № 781, не является достаточным, поскольку законодатель определил ряд условий, которые должны выполняться во взаимосвязи. Например, с 1 ноября 1999 г. предъявляется требование о выполнении работы в режиме нормальной или сокращенной продолжительности рабочего времени, предусмотренной трудовым законодательством для соответствующих должностей.

Так, частью первой ст. 350 ТК РФ от 30.12.2001 № 197-ФЗ для медицинских работников предусматривается сокращенная продолжительность рабочего времени не более 39 часов, а также указывается, что определение продолжительности рабочего времени отдельных категорий указанных работников в зависимости от должности и (или) специальности относится к полномочиям Правительства РФ.

В настоящее время применяется постановление Правительства РФ от 14.02.2003 № 101 «О продолжительности рабочего времени медицинских работников в зависимости от занимаемой ими должности и (или) специальности».

Одновременно отметим, что в случаях неправильного (неточного) наименования должности, указанной в трудовой книжке, территориальный орган, осуществляющий досрочное пенсионное обеспечение по месту жительства застрахованного лица (по месту нахождения организации, в которой работает гражданин), вправе вынести решение об отказе зачесть период работы по спорному периоду.

Во избежание негативных последствий, ведущих к отказу в назначении досрочной страховой пенсии по старости в связи с осуществлением лечебной и иной деятельности по охране здоровья населения в учреждениях здравоохранения, необходимо соответствующее уточнение. Во внимание могут быть приняты первичные документы (приказы, распоряжения о приеме на работу), штатные расписания и другие документы соответствующего периода времени, подтверждающие работу в должности, дающей право на исчисление периодов работы застрахованного лица с учетом льготного порядка, когда один год считается как один год и 6 месяцев.

Оформите подписку на журнал в альтернативном агентстве вашего города

Москва

и Московская область

- ООО «Дельта пост»,
8 (916) 012-2996
- ОАО «АРЗИ»,
8 (495) 680-8365, 680-9401, 680-8987
- ООО «Урал-Пресс»,
8 (495) 789-8636, доб. 3105
- ООО «Один-2», 8 (496) 573-9991

г. Астрахань

- ООО «Пресс-Юг»,
8 (8512) 39-2208

г. Барнаул

- ООО «Центр Поддержки
Бухгалтеров», 8 (961) 994-2277,
8 (3852) 22-3839, 50-1544

г. Благовещенск

- ИП Журавлев А.Н.,
8 (4162) 21-2601
- ООО «Бизнес ИТ Решения»,
8 (4162) 54-2987

г. Великий Новгород

- ООО «НовБизнес»,
8 (8162) 33-8827, 55-2292

г. Ижевск

- ОАО «Информпечать»,
8 (3412) 77-0995, 8 (951) 219-8748
- ООО «Информационная
компания Удмуртии»,
8 (3412) 65-5675

г. Иркутск

- ЗАО «Центр финансово-
экономической информации»,
8 (3952) 25-0123, 25-0122, 25-0121

г. Йошкар-Ола

- ИП Прозоров А.В.,
8 (8362) 38-3741

г. Калининград

- ИП Юрина А.З.,
8 (4012) 99-1808, 99-1942
- ООО «Пресса-Подписка»,
8 (4012) 53-5081, 46-0273

г. Киров

- ООО «Деловая Пресса»,
8 (8332) 37-7211

г. Красноярск

- ООО «Фирма АЛЗАР»,
8 (391) 274-2282, 291-3182

г. Нижний Новгород

- ООО «Пресс-Центр»,
8 (831) 412-0313, 465-7094

г. Новокузнецк

- ИП Жданова В.Ю., 8 (3843) 72-1921
- ИП Макеева Л.В., 8 (3843) 72-9031

г. Омск

- ООО «Рекламное агентство
“Триэс”», 8 (3812) 39-9082
- ООО «Регионпресс»,
8 (3812) 37-1292, 28-8137

г. Пермь

- ООО «ПРЕССА-ЛЮКС»,
8 (342) 271-4208, 278-6776, 282-4886

г. Псков

- ЗАО «Печать Плюс»,
8 (8112) 66-9194, 66-1879

г. Рязань

- ООО «Дом Прессы»,
8 (4912) 25-7542
- ИП Рябыш Р.И., 8 (4912) 24-9383
- ООО «Пром С», 8 (4912) 99-2600,
46-0404

г. Самара

- ЗАО «Печать»,
8 (846) 276-3349, 979-6545

г. Санкт-Петербург

- ООО «Прессинформ Сервис»,
8 (812) 786-5829

г. Саранск

- ООО «Центр Деловой Прессы»,
8 (8342) 27-0238, 22-2330

г. Саратов

- ООО «Орикон-Пресс АДИ»,
8 (8452) 52-4436, 33-8990
- ООО «Пресс-Сервис»,
8 (8452) 47-6431

г. Симферополь

- ООО «Саммит-Крым»,
8 (0652) 70-0617, 51-6355, 51-6356

г. Sterлитамак

- ООО «Sterлитамак-печать»,
8 (3473) 25-5235, 25-3250

с. Таврово,

Белгородская обл.

- ООО «Информационные решения»,
8 (4722) 29-3143

г. Тольятти

- ООО «ТЕХНО-ВА НВФ»,
8 (8482) 73-2601, 70-2975
- ООО «АДП-Информ»,
8 (8482) 66-4934, 68-1153

г. Тула

- ООО «МШК-Тула»,
8 (4872) 36-4688, 30-4045

г. Тюмень

- ООО «Деловая Пресса»,
8 (3452) 67-2419, 69-6750
- ООО «Медиацентр
“Виктория-пресс”»,
8 (3452) 67-3635, 67-3634

г. Ярославль

- ООО «Лайк-Пресс»,
8 (4852) 68-1281, 68-1282



Отпуск по беременности и родам входит в специальный стаж

Ключевые слова

специальный медицинский стаж, право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости, Закон № 173-ФЗ

А.В. Каширин,
юрист,
руководитель
программы повышения квалификации
корпоративных юристов, эксперт
«МЦФЭР Право»

ПРИ ОБРАЩЕНИИ В УПРАВЛЕНИЕ ПЕНСИОННОГО ФОНДА РФ (ДАЛЕЕ – ПФР) ЗА НАЗНАЧЕНИЕМ ДОСРОЧНОЙ ТРУДОВОЙ ПЕНСИИ ПО СТАРОСТИ МЕДИЦИНСКОМУ РАБОТНИКУ БЫЛО ОТКАЗАНО ИЗ-ЗА ОТСУТСТВИЯ НЕОБХОДИМОЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ СПЕЦИАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТАЖА РАБОТЫ. СПОРНЫМИ ОКАЗАЛИСЬ ПЕРИОДЫ, КОГДА РАБОТНИЦА НАХОДИЛАСЬ В ОТПУСКЕ ПО БЕРЕМЕННОСТИ И РОДАМ И ПРОХОДИЛА ИНТЕРНАТУРУ¹

Позиция истицы. Эти периоды входят в специальный медицинский стаж работы, дающий право на назначение досрочной пенсии по старости.

Позиция ПФР. Данные периоды в специальный медицинский стаж работы, дающий право на назначение досрочной пенсии, не входят.

Решение суда. Суд первой инстанции отказал в удовлетворении требований истицы и принял сторону ПФР.

Решением комиссии по рассмотрению вопросов реализации пенсионных прав Управления ПФР медицинскому работнику Л. было отказано в назначении досрочной пенсии ввиду отсутствия требуемого 30-летнего специального стажа лечебной деятельности в учреждениях здравоохранения. Комиссия исходила из того, что льготное исчисление специального стажа допустимо только в отношении периодов фактической работы.

Во время нахождения истицы в отпуске по беременности и родам (70 дней до и 70 дней после родов) лечебная и иная деятельность по охране здоровья населения ею не осуществлялась.

Период интернатуры ПФР не включил в специальный стаж, указав, что в это время истица проходила обучение и по существу не выполняла функциональные обязанности в полном объеме по должности врача-специалиста, осуществляя лишь вспомогательные функции. Кроме того, суд отметил, что в Номенклатуре должностей медицинского персонала, утв. приказом Минздрава России от 15.10.1999 № 377, должность врача-интерна выделена как самостоятельная и не отнесена к числу врачей-специалистов.

С такими выводами ПФР согласились суд первой инстанции и судебная коллегия по гражданским делам краевого суда.

Однако у Верховного Суда РФ иная точка зрения по данному вопросу.

Важно ➤ В случае предоставления женщинам отпусков по беременности и родам в период работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости и включаемой в специальный стаж на льготных условиях, периоды таких отпусков также подлежат включению в льготном исчислении в стаж работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости ■

В соответствии с п. 5 Правил исчисления периодов работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости в соответствии со статьями 27 и 28 Федерального закона 17.12.2001 № 173-ФЗ «О трудовых пенсиях в Российской Федерации» (утв. постановлением Правительства РФ от 11.07.2002 № 516; далее – Правила), периоды работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости, которая выполнялась постоянно в течение полного рабочего дня, засчитываются в стаж в календарном порядке, если иное не предусмотрено настоящими Правилами и иными нормативными правовыми актами. При этом в стаж включаются периоды получения пособия по государственному социальному страхованию в период временной нетрудоспособности, а также периоды ежегодных основного и дополнительных оплачиваемых отпусков.

По мнению ВС РФ, с учетом того что в период нахождения женщины в отпуске по беременности и родам ей выплачивается пособие по государственному социальному страхованию на основании листка нетрудоспособности, выданного по случаю временной нетрудоспособности, данный период также подлежит включению

в стаж, дающий право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости.

Важно ➤ Не основан на законе и вывод суда первой инстанции о том, что в период прохождения интернатуры истица не выполняла в полном объеме функциональные обязанности по должности врача анестезиолога-реаниматолога, осуществляя лишь вспомогательные функции ■

Согласно Положению об одногодичной специализации (интернатуре) выпускников лечебных, педиатрических и стоматологических факультетов медицинских институтов и медицинских факультетов университетов (утв. Минздравом СССР 12.01.1982, Минвузом СССР 20.01.1982; далее – Положение) для прохождения интернатуры выпускники медицинских институтов зачисляются в качестве врачей-интернов по соответствующей специальности.

Заработная плата врачам-интернам выплачивается в течение всего периода в размере, установленном действующим законодательством для врачей соответствующей специальности и стажа. Подготовка врачей-интернов проводится по индивидуальному плану на основании типовых учебных планов и программ.

Во время прохождения интернатуры при осуществлении функции врача молодые специалисты обладают правами и несут ответственность за свои действия наравне с врачами, работающими на самостоятельной основе. На врачей-интернов полностью распространяются правила внутреннего трудового распорядка, права и льготы, предусмотренные для медицинских работников данного учреждения. В отношении продолжительности рабочего дня к ним применяются правила, установленные действующим законодательством для врачей соответствующей специальности (п. 1, 8, 9, 14, 16 Положения).

Из системного толкования приведенных выше правовых норм следует, что период прохождения интернатуры отдельными категориями врачей-специалистов, в т. ч. врачами анестезиологами-реаниматологами, может быть засчитан им в льготном исчислении в стаж работы, дающей право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости, при условии документального подтверждения выполнения врачом-интерном функциональных обязанностей по должности врача-специалиста.

Важно ➤ Таким образом, для разрешения настоящего спора имеет значение установление выполнения истицей функциональных обязанностей врача анестезиолога-реаниматолога при прохождении ею интернатуры. Между тем суд первой инстанции в нарушение ч. 2 ст. 56 Гражданского процессуального кодекса РФ не определил это обстоятельство как юридически значимое для правильного разрешения спора, оно не вошло в предмет доказывания и не получило правовой оценки суда ■

ВС РФ отменил решение районного суда и апелляционное определение судебной коллегии по гражданским делам краевого суда, дело направил на новое рассмотрение в суд первой инстанции.

Статьей 7 Федерального закона от 17.12.2001 № 173-ФЗ «О трудовых пенсиях в Российской Федерации» (далее – Закон о трудовых пенсиях) предусмотрено, что право на трудовую пенсию по старости имеют мужчины, достигшие возраста 60 лет, и женщины, достигшие возраста 55 лет. Трудовая пенсия по старости назначается при наличии не менее пяти лет страхового стажа.

В силу подп. 20 п. 1 ст. 27 этого Закона трудовая пенсия по старости ранее достижения возраста, установленного ст. 7,

назначается лицам (независимо от их возраста), осуществлявшим лечебную и иную деятельность по охране здоровья населения в учреждениях здравоохранения:

- не менее 25 лет в сельской местности и поселках городского типа;
- не менее 30 лет в городах, сельской местности и поселках городского типа либо только в городах.

Постановлением Правительства РФ от 29.10.2002 № 781 были утверждены:

- 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. 7 Федерального закона «О трудовых пенсиях в Российской Федерации» (далее – Список);
- 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». На основании п. 5 этих Правил периоды работы в должностях в учреждениях, названных в Списке, засчитываются в стаж работы в календарном порядке, за исключением случаев применения льготного порядка исчисления стажа данной работы. В частности, лицам, работавшим в структурных подразделениях учреждений здравоохранения в должностях по перечню согласно приложению, год работы засчитывается в указанный стаж как год и шесть месяцев.

¹ Судебный акт: определение Верховного Суда РФ от 29.06.2015 № 18-КГ15-57.

**ПОСТАНОВЛЕНИЕ
Правительства Российской Федерации
от 03.10.2015 № 1062****О лицензировании деятельности по сбору,
транспортированию, обработке, утилизации,
обезвреживанию, размещению отходов
I–IV классов опасности**

В соответствии с Федеральным законом «О лицензировании отдельных видов деятельности» Правительство Российской Федерации постановляет:

1. Утвердить прилагаемое Положение о лицензировании деятельности по сбору, транспортированию, обработке, утилизации, обезвреживанию, размещению отходов I–IV классов опасности.
2. В разделе «Росприроднадзор» перечня федеральных органов исполнительной власти, осуществляющих лицензирование конкретных видов деятельности, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 957 «Об организации лицензирования отдельных видов деятельности» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6931; 2012, № 17, ст. 1965; № 36, ст. 4916; № 39, ст. 5267; 2013, № 24, ст. 3014; № 44, ст. 5764; 2015, № 1, ст. 279; № 19, ст. 2820), слово «использованию» заменить словами «транспортированию, обработке, утилизации».
3. Признать утратившими силу:
постановление Правительства Российской Федерации от 28 марта 2012 г. № 255 «О лицензировании деятельности по обезвреживанию и размещению отходов I–IV классов опасности» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, № 15, ст. 1781);
постановление Правительства Российской Федерации от 5 февраля 2013 г. № 84 «О внесении изменений в постановление Правительства Российской Федерации от 28 марта 2012 г. № 255» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2013, № 6, ст. 563);
пункт 1 изменений, которые вносятся в акты Правительства Российской Федерации, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 24 марта 2014 г. № 228 «О мерах государственного регулирования потребления и обращения веществ, разрушающих озоновый слой» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2014, № 13, ст. 1484).

*Председатель Правительства
Российской Федерации
Д.А. МЕДВЕДЕВ*

Утверждено
постановлением Правительства
Российской Федерации
от 03.10.2015 № 1062

ПОЛОЖЕНИЕ о лицензировании деятельности по сбору, транспортированию, обработке, утилизации, обезвреживанию, размещению отходов I–IV классов опасности

1. Настоящее Положение устанавливает порядок лицензирования деятельности по сбору, транспортированию, обработке, утилизации, обезвреживанию, размещению отходов I–IV классов опасности, осуществляемой юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями (далее – деятельность в области обращения с отходами).

Деятельность в области обращения с отходами составляют работы согласно приложению.

2. Лицензирование деятельности в области обращения с отходами осуществляется Федеральной службой по надзору в сфере природопользования (далее – лицензирующий орган).

3. Лицензионными требованиями, предъявляемыми к соискателю лицензии при его намерении осуществлять деятельность в области обращения с отходами, а также к лицензиату при осуществлении им деятельности в области обращения с отходами, являются:

а) для работ по сбору, обработке, утилизации, обезвреживанию, размещению отходов I–IV классов опасности – наличие у соискателя лицензии (лицензиата) необходимых для выполнения заявленных работ зданий, строений, сооружений (в том числе объектов обезвреживания и (или) размещения отходов I–IV классов опасности) и помещений, принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании и соответствующих установленным требованиям;

б) для работ по обработке, утилизации, обезвреживанию отходов I–IV классов опасности – наличие у соискателя лицензии (лицензиата) оборудования (в том числе специального) и специализированных установок, принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании, необходимых для выполнения заявленных работ и соответствующих установленным требованиям;

в) для работ по транспортированию отходов I–IV классов опасности – наличие у соискателя лицензии (лицензиата) специально оборудованных и снабженных специальными знаками транспортных средств, принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании, необхо-

димых для выполнения заявленных работ и соответствующих установленным требованиям;

г) для работ по сбору, транспортированию, обработке, утилизации, обезвреживанию, размещению отходов I–IV классов опасности – наличие у соискателя лицензии (лицензиата) – индивидуального предпринимателя и у работников, заключивших с соискателем лицензии (лицензиатом) трудовые договоры на осуществление деятельности в области обращения с отходами, профессиональной подготовки, подтвержденной свидетельствами (сертификатами) на право работы с отходами I–IV классов опасности;

д) для работ по размещению отходов I–IV классов опасности – проведение лицензиатом рекуперации веществ, разрушающих озоновый слой, из отходов I–IV классов опасности перед их захоронением в объектах размещения отходов производства и потребления в соответствии с пунктом 2 статьи 51 Федерального закона «Об охране окружающей среды».

4. Грубым нарушением лицензионных требований является невыполнение лицензиатом требований, предусмотренных пунктом 3 настоящего Положения, а также:

а) допуск к деятельности в области обращения с отходами лиц, не имеющих профессиональной подготовки, подтвержденной свидетельствами (сертификатами) на право работы с отходами I–IV классов опасности;

б) использование объекта размещения и (или) обезвреживания отходов I–IV классов опасности с отступлениями от документации, получившей положительное заключение государственной экологической экспертизы, повлекшее за собой последствия, установленные частью 11 статьи 19 Федерального закона «О лицензировании отдельных видов деятельности».

5. Для получения лицензии соискатель лицензии направляет или представляет в лицензирующий орган заявление, оформленное в соответствии с частями 1 и 2 статьи 13 Федерального закона «О лицензировании отдельных видов деятельности», в котором указывает:

а) для работ по сбору, транспортированию, обработке, утилизации, обезвреживанию, размещению отходов I–IV классов опасности – перечень конкретных видов отходов I–IV классов опасности, содержащий их наименования, классы опасности и коды согласно федеральному классификационному каталогу отходов, а также перечень работ, составляющих деятельность в области обращения с отходами, которые соответствуют наименованиям конкретных видов отходов I–IV классов опасности;

б) для работ по сбору, транспортированию, обработке, утилизации, обезвреживанию, размещению отходов I–IV классов опасности – реквизиты санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений, помещений, оборудования, которые планируется использовать для выполнения заявленных работ, составляющих деятельность по обращению с отходами;

в) для работ по обезвреживанию и размещению отходов I–IV классов опасности – реквизиты положительного заключения государственной экологической экспертизы документации, являющейся объектом государственной экологической экспертизы (за исключением материалов обоснования лицензий на осуществление деятельности) в соответствии с Федеральным законом от 23 ноября 1995 г. № 174-ФЗ «Об экологической экспертизе» (за исключением периода со дня вступления в силу Федерального закона от 18 декабря 2006 г. № 232-ФЗ «О внесении изменений в Градостроительный кодекс Российской Федерации и отдельные законодательные акты Российской Федерации» и до дня вступления в силу Федерального закона от 30 декабря 2008 г. № 309-ФЗ «О внесении изменений в статью 16 Федерального закона “Об охране окружающей среды” и отдельные законодательные акты Российской Федерации»);

г) для работ по обезвреживанию и размещению отходов I–IV классов опасности – реквизиты разрешения на строительство или разрешения на ввод объекта капитального строительства в эксплуатацию, выданных в период со дня вступления в силу Федерального закона от 18 декабря 2006 г. № 232-ФЗ «О внесении изменений в Градостроительный кодекс Российской Федерации и отдельные законодательные акты Российской Федерации» и до дня вступления в силу Федерального закона от 30 декабря 2008 г. № 309-ФЗ «О внесении изменений в статью 16 Федерального закона “Об охране окружающей среды” и отдельные законодательные акты Российской Федерации».

6. К заявлению, указанному в пункте 5 настоящего Положения, соискатель лицензии прилагает:

а) для работ по сбору, обработке, утилизации, обезвреживанию, размещению отходов I–IV классов опасности – копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений (в том числе объектов обезвреживания и (или) размещения отходов I–IV классов опасности) и помещений, необходимых для выполнения заявленных работ, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (в случае, если такие права зарегистрированы в указанном реестре, – реквизиты документов, подтверждающих сведения об этих зданиях, строениях, сооружениях, помещениях);

б) для работ по обработке, утилизации, обезвреживанию отходов I–IV классов опасности – копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании оборудования (в том числе специального) и установок, необходимых для выполнения заявленных работ;

в) для работ по транспортированию отходов I–IV классов опасности – копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании специально оборудованных и снабженных специальными знаками транспортных

средств, необходимых для выполнения заявленных работ и соответствующих установленным требованиям;

г) для работ по сбору, транспортированию, обработке, утилизации, обезвреживанию, размещению отходов I–IV классов опасности – копии свидетельств (сертификатов) на право работы с отходами I–IV классов опасности, выданных соискателю лицензии – индивидуальному предпринимателю и работникам, указанным в подпункте «г» пункта 3 настоящего Положения;

д) для работ по сбору, транспортированию, обработке, утилизации, обезвреживанию, размещению отходов I–IV классов опасности – копию документа, подтверждающего наличие в штате соискателя лицензии – юридического лица должностного лица, ответственного за допуск работников к работе с отходами I–IV классов опасности.

7. При намерении осуществлять лицензируемый вид деятельности по адресу места его осуществления, не указанному в лицензии, и (или) выполнять новые работы, составляющие лицензируемый вид деятельности, лицензиат направляет в лицензирующий орган заявление о переоформлении лицензии, в котором указываются этот адрес и (или) сведения о новых работах в области обращения с отходами I–IV классов опасности, которые лицензиат намерен выполнять (наименование, класс опасности и код отхода согласно федеральному классификационному каталогу отходов), а также:

а) для работ по сбору, обработке, утилизации, обезвреживанию, размещению отходов I–IV классов опасности – копии документов, подтверждающих наличие у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, строений, сооружений (в том числе объектов обезвреживания и (или) размещения отходов I–IV классов опасности) и помещений, необходимых для выполнения заявленных работ по новому адресу, права на которые не зарегистрированы в Едином государственном реестре прав на недвижимое имущество и сделок с ним (в случае, если такие права зарегистрированы в указанном реестре, – реквизиты документов, подтверждающих сведения об этих зданиях, строениях, сооружениях, помещениях);

б) для работ по обработке, утилизации, обезвреживанию отходов I–IV классов опасности – сведения о наличии у лицензиата принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании оборудования (в том числе специального) и установок, специально оборудованных и снабженных специальными знаками транспортных средств, необходимых для выполнения заявленных работ по новому адресу;

в) для работ по сбору, транспортированию, обработке, утилизации, обезвреживанию, размещению отходов I–IV классов опасности – сведения о наличии у лицензиата санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений, помещений, оборудования, которые планируется использовать для выполнения заявленных работ, составляющих деятельность по обращению с отходами;

г) для работ по обезвреживанию и размещению отходов I–IV классов опасности – сведения о наличии положительного заключения государственной эко-

логической экспертизы документации, являющейся объектом государственной экологической экспертизы (за исключением материалов обоснования лицензий на осуществление деятельности) в соответствии с Федеральным законом от 23 ноября 1995 г. № 174-ФЗ «Об экологической экспертизе» (за исключением периода со дня вступления в силу Федерального закона от 18 декабря 2006 г. № 232-ФЗ «О внесении изменений в Градостроительный кодекс Российской Федерации и отдельные законодательные акты Российской Федерации» и до дня вступления в силу Федерального закона от 30 декабря 2008 г. № 309-ФЗ «О внесении изменений в статью 16 Федерального закона «Об охране окружающей среды» и отдельные законодательные акты Российской Федерации»);

д) для работ по обезвреживанию и размещению отходов I–IV классов опасности – сведения о наличии разрешения на строительство или разрешения на ввод объекта капитального строительства в эксплуатацию, выданных в период со дня вступления в силу Федерального закона от 18 декабря 2006 г. № 232-ФЗ «О внесении изменений в Градостроительный кодекс Российской Федерации и отдельные законодательные акты Российской Федерации» и до дня вступления в силу Федерального закона от 30 декабря 2008 г. № 309-ФЗ «О внесении изменений в статью 16 Федерального закона «Об охране окружающей среды» и отдельные законодательные акты Российской Федерации»;

е) для работ по сбору, транспортированию, обработке, утилизации, обезвреживанию, размещению отходов I–IV классов опасности – копии свидетельств (сертификатов) на право работы с отходами I–IV классов опасности, выданных работникам, заключившим с лицензиатом трудовые договоры на осуществление деятельности в области обращения с отходами по новому адресу.

8. При проведении проверки сведений, содержащихся в представленных соискателем лицензии (лицензиатом) заявлении о предоставлении или переоформлении лицензии и прилагаемых к нему документах, о соответствии соискателя лицензии (лицензиата) лицензионным требованиям лицензирующий орган запрашивает необходимые для предоставления государственных услуг в области лицензирования сведения, находящиеся в распоряжении органов, предоставляющих государственные услуги, органов, предоставляющих муниципальные услуги, иных государственных органов, органов местного самоуправления либо подведомственных им организаций, в порядке, установленном Федеральным законом «Об организации предоставления государственных и муниципальных услуг».

9. Лицензирующий орган размещает в федеральной государственной информационной системе «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)» в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, сведения о ходе принятия им решения о предоставлении лицензии (об отказе в предоставлении лицензии), переоформлении лицензии (об отказе в переоформлении лицензии), приостановлении, возобновлении, прекра-

щении действия лицензии, сведения об аннулировании лицензии, а также о предоставлении дубликата лицензии.

10. Информация, относящаяся к осуществлению деятельности в области обращения с отходами, предусмотренная частями 1 и 2 статьи 21 Федерального закона «О лицензировании отдельных видов деятельности», размещается лицензирующим органом в официальных электронных или печатных средствах массовой информации лицензирующего органа, а также на информационных стендах в помещениях лицензирующего органа в течение 10 дней со дня:

- а) официального опубликования нормативных правовых актов, устанавливающих обязательные требования к лицензируемому виду деятельности;
- б) принятия лицензирующим органом решения о предоставлении, переоформлении, приостановлении, возобновлении и прекращении действия лицензии;
- в) получения от Федеральной налоговой службы сведений о ликвидации юридического лица или прекращении его деятельности в результате реорганизации, о прекращении физическим лицом деятельности в качестве индивидуального предпринимателя;
- г) вступления в законную силу решения суда об аннулировании лицензии.

11. Лицензионный контроль осуществляется в порядке, установленном Федеральным законом «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля», с учетом особенностей, установленных Федеральным законом «О лицензировании отдельных видов деятельности».

12. Представление соискателем лицензии заявления о предоставлении лицензии и документов, необходимых для получения лицензии, их прием лицензирующим органом, принятие лицензирующим органом решений о предоставлении лицензии (об отказе в предоставлении лицензии), переоформлении лицензии (об отказе в переоформлении лицензии), приостановлении, возобновлении, прекращении действия лицензии, выдача дубликата и копии лицензии, формирование и ведение лицензионного дела, а также информационного ресурса и реестра лицензий, предоставление содержащихся в них сведений осуществляются в порядке, установленном Федеральным законом «О лицензировании отдельных видов деятельности».

13. За предоставление лицензии, ее переоформление и выдачу дубликата лицензии уплачивается государственная пошлина в размерах и порядке, которые установлены законодательством Российской Федерации о налогах и сборах.

Приложение
к Положению о лицензировании
деятельности по сбору,
транспортированию, обработке,
утилизации, обезвреживанию,
размещению отходов
I–IV классов опасности

Перечень работ, составляющих деятельность по сбору, транспортированию, обработке, утилизации, обезвреживанию, размещению отходов I–IV классов опасности

1. Сбор отходов I класса опасности
2. Сбор отходов II класса опасности
3. Сбор отходов III класса опасности
4. Сбор отходов IV класса опасности
5. Транспортирование отходов I класса опасности
6. Транспортирование отходов II класса опасности
7. Транспортирование отходов III класса опасности
8. Транспортирование отходов IV класса опасности
9. Обработка отходов I класса опасности
10. Обработка отходов II класса опасности
11. Обработка отходов III класса опасности
12. Обработка отходов IV класса опасности
13. Утилизация отходов I класса опасности
14. Утилизация отходов II класса опасности
15. Утилизация отходов III класса опасности
16. Утилизация отходов IV класса опасности
17. Обезвреживание отходов I класса опасности
18. Обезвреживание отходов II класса опасности
19. Обезвреживание отходов III класса опасности
20. Обезвреживание отходов IV класса опасности
21. Размещение отходов I класса опасности
22. Размещение отходов II класса опасности
23. Размещение отходов III класса опасности
24. Размещение отходов IV класса опасности



Сомневаетесь?!

Обратитесь за консультацией к эксперту
ЭС «Экономика ЛПУ»

ПРИКАЗ
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 06.08.2015 № 536н

О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н¹

Приказываю:

1. Внести изменения в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (зарег. Минюстом Российской Федерации 03.03.2011, рег. № 19998), с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 10.08.2011 № 897н «О внесении изменения в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (зарег. Минюстом Российской Федерации 12.08.2011, рег. № 21609), приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 09.09.2011 № 1036н «О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (зарег. Минюстом Российской Федерации 14.10.2011, рег. № 22053), приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22.03.2013 № 160н «О внесении изменения в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н» (зарег. Минюстом Российской Федерации 23.05.2013, рег. № 28480), приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.06.2013 № 396н «О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н» (зарег. Минюстом Российской Федерации 23.09.2013, рег. № 30004), приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.11.2013

¹ Зарегистрирован в Минюсте России 02.10.2015 № 39119.

№ 859ан «О внесении изменений в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н» (зарег. Минюстом Российской Федерации 29.11.2013, рег. № 30489), согласно приложению.

2. Пункт 7 изменений, внесенных настоящим приказом, вступает в силу с 1 января 2016 года.

*Министр
В.И. СКВОРЦОВА*

Приложение
к приказу Минздрава России
от 06.08.2015 № 536н

ИЗМЕНЕНИЯ, которые вносятся в Правила обязательного медицинского страхования, утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н

1. В пункте 2 слова «медицинской помощи страховыми медицинскими организациями» заменить словами «медицинской помощи».
2. Пункт 10 изложить в следующей редакции:
«10. Принятое заявление заверяется подписью представителя страховой медицинской организации (иной организации), уполномоченного руководителем страховой медицинской организации (иной организации) на прием заявлений о выборе (замене) страховой медицинской организации, а также печатью страховой медицинской организации (иной организации), при наличии печати.»
3. В пункте 88, подпунктах 3.1, 7.1 и 8.1 п. 91 слова «занимающийся частной медицинской практикой» в соответствующем числе и падеже заменить словами «осуществляющий медицинскую деятельность» в соответствующем числе и падеже.
4. В пункте 92:
 - а) в подпунктах 1.1, 3.1, 7.1 слова «занимающегося частной медицинской практикой» заменить словами «осуществляющего медицинскую деятельность»;
 - б) дополнить новым абзацем следующего содержания:
«Информация о сроках и порядке подачи уведомления о включении медицинской организации в реестр медицинских организаций, осуществляющих

деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, размещается территориальным фондом на своем официальном сайте в сети «Интернет»».

5. В пункте 118 слова «численность застрахованных лиц на территории» заменить словами «среднемесячная численность застрахованных лиц».

6. В пункте 127 слова «На основании» заменить словами «С учетом».

7. Дополнить пунктами 127.1–127.5 следующего содержания:

«127.1. В соответствии со статьей 40 Федерального закона по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи применяются меры, предусмотренные статьей 41 Федерального закона и условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

127.2. Сумма, не подлежащая оплате по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, согласно статье 41 Федерального закона удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, или подлежит возврату в страховую медицинскую организацию в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и порядком организации и проведения контроля.

127.3. Общий размер санкций (С), применяемых к медицинским организациям, рассчитывается по формуле:

$$C = H + C_{\text{шт}}$$

где:

H – размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи;

$C_{\text{шт}}$ – размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

127.4. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (H) рассчитывается по формуле:

$$H = PT \times K_{\text{но}}$$

где:

PT – размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи;

$K_{\text{но}}$ – коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи устанавливается в соответствии с перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) к порядку организации и проведения контроля (далее – Перечень оснований), предусмотренным в порядке организации и проведения контроля:

Размер $K_{\text{но}}$	Код дефекта согласно Перечню оснований
0,1	3.1; 3.2.1; 4.2; 4.3
0,3	3.2.2; 3.12; 3.13
0,4	3.2.3; 3.3.2
0,5	1.5; 3.4; 3.5
0,6	3.8
0,7	3.7
0,8	3.8
0,9	3.2.4; 3.11; 3.14; 4.4
1,0	1.4; 3.2.5; 3.10; 4.1; 4.5; 4.6; раздел 5

127.5. Размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества ($C_{\text{шт}}$), рассчитывается по формуле:

$$C_{\text{шт}} = \text{РП} \times K_{\text{шт}}$$

где:

РП – размер подушевого норматива финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования, установленного в соответствии с законодательством Российской Федерации на дату оказания/отказа в оказании медицинской помощи;

$K_{\text{шт}}$ – коэффициент для определения размера штрафа устанавливается в соответствии с Перечнем оснований:

Размер $K_{\text{шт}}$	Код дефекта согласно Перечню оснований
0,3	1.1.1; 1.1.2; 1.1.3; 3.7; 3.13
0,5	1.5; 2.2.1; 2.2.2; 2.2.3; 2.2.4; 2.2.5; 2.2.6; 2.4.1; 2.4.2; 2.4.3; 2.4.4; 2.4.5; 2.4.6
1,0	1.2.1; 1.3.1; 1.4; 2.1; 2.3; 3.1; 3.6; 3.2.4; 3.11; 3.14; 4.6
3,0	1.2.2; 1.3.2; 3.2.5

8. Дополнить пунктом 147.1 следующего содержания:

«147.1. В случае выявления по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи территориальным фондом по месту оказания медицинской помощи фактов излишне уплаченных сумм за прошлые годы за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис, указанные суммы подлежат возврату в бюджет территориального фонда по месту страхования».

9. В подпункте 1 пункта 157 слова «приобретение оборудования» заменить словами «приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь)».

10. В абзаце четвертом пункта 158.1, абзаце восьмом пункта 158.3 слова «амортизацию оборудования, используемого» заменить словами «амортизацию основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь), используемых».

11. Пункт 158.6 изложить в следующей редакции:

«158.6. Затраты на амортизацию основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь), используемых при оказании медицинской помощи (медицинской услуги), определяются исходя из балансовой стоимости оборудования, годовой нормы его износа и времени работы оборудования в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги). Затраты на амортизацию основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью свыше ста тысяч рублей за единицу определяются в случае, если указанные расходы включены в территориальную программу обязательного медицинского страхования.».

12. Пункт 158.15 изложить в следующей редакции:

«158.15. Затраты на амортизацию основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь), непосредственно не используемых при оказании медицинской помощи (медицинской услуги), определяются исходя из балансовой стоимости оборудования, годовой нормы его износа и времени работы оборудования в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги). Затраты на амортизацию основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью свыше ста тысяч рублей за единицу определяются в случае, если указанные расходы включены в территориальную программу обязательного медицинского страхования.».

13. В таблице «Расчет стоимости медицинской помощи (медицинской услуги)» пункта 165:

а) в строке 1.3.1 слова «оборудования стоимостью до ста тысяч рублей за единицу, используемого» заменить словами «основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу, используемых»;

б) в строке 1.3.2 слова «оборудования стоимостью свыше ста тысяч рублей за единицу, используемого» заменить словами «основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью свыше ста тысяч рублей за единицу, используемых»;

в) в строке 2.7.1 слова «оборудования стоимостью до ста тысяч рублей за единицу, не используемого» заменить словами «основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу, не используемых»;

г) в строке 2.7.2 слово «оборудование» заменить словами «основные средства (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь)».

14. В главе XV:

а) наименование главы изложить в следующей редакции:

«XV. Порядок информационного сопровождения застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи»;

б) дополнить пунктом 210 следующего содержания:

«210. Органы исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья совместно с территориальными фондами обязательного медицинского страхования и страховые медицинские организации обеспечивают индивидуальное информирование застрахованных лиц о перечне оказанных им медицинских услуг и их стоимости. Информирование застрахованных лиц о перечне оказанных им медицинских услуг и их стоимости осуществляется через региональные порталы государственных и муниципальных услуг (функций), официальные сайты органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья и (или) территориальных фондов обязательного медицинского страхования путем создания личного кабинета пациента, а также через страховые медицинские организации в виде выписки на бумажном носителе. Форма информирования застрахованных лиц о перечне оказанных им медицинских услуг и их стоимости устанавливается Федеральным фондом обязательного медицинского страхования в соответствии с пунктом 6.1 части 8 статьи 33 Федерального закона.».

15. В приложении 1 к Правилам:

а) подпункт 3 пункта 4 изложить в следующей редакции:

«3) осуществляет рассмотрение тарифов и формирование тарифного соглашения в соответствии с требованиями к структуре и содержанию тарифного соглашения»;

б) пункт 6 дополнить новым подпунктом 6 следующего содержания:

«6) рассматривает предложения медицинских организаций по формированию объемов предоставления медицинской помощи медицинскими организациями.»;

в) пункт 13 изложить в следующей редакции:

«13. Заседания Комиссии проводятся по мере необходимости, но не реже одного раза в месяц.».

16. В строках 3.1, 7.1 и 8.1 приложения № 3 к Правилам слова «занимающегося частной медицинской практикой» заменить словами «осуществляющего медицинскую деятельность».



Сомневаетесь?!

Обратитесь за консультацией к эксперту
ЭС «Экономика ЛПУ»

ПРИКАЗ
Федерального фонда
обязательного медицинского страхования
от 21.07.2015 № 130

О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ
в Порядок организации и проведения контроля объемов,
сроков, качества и условий предоставления медицинской
помощи по обязательному медицинскому страхованию,
утвержденный приказом Федерального фонда
обязательного медицинского страхования
от 1 декабря 2010 г. № 230

В соответствии с главой 9 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422; 2011, № 49, ст. 7047; 2012, № 49, ст. 6758; 2013, № 27, ст. 3477; № 48, ст. 6165) и в целях совершенствования организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию приказываю:

Внести изменения в Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденный приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. № 230 (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации от 28 января 2011 г., регистрационный № 19614) с изменениями, внесенными приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 16 августа 2011 г. № 144 (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации от 9 декабря 2011 г., регистрационный № 22523) согласно приложению к настоящему приказу.

Председатель
Н.Н. СТАДЧЕНКО

ИЗМЕНЕНИЯ, вносимые в Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденный приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. № 230

1. В пункте 1 слова «Федеральным законом от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 06.12.2010, № 49, ст. 6422)» заменить словами «главой 9 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422; 2011, № 49 (ч. I), ст. 7047; 2012, № 49, ст. 6758; 2013, № 27, ст. 3477; № 48, ст. 6165)».

2. В пунктах 5.3, 21, абзаце третьем пункта 36, подпункте «а» пункта 80 после слов «стандарты медицинской помощи,» в соответствующих падежах дополнить словами «клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи,» в соответствующих падежах.

3. Пункт 14 дополнить следующими новыми абзацами:

«Целевая медико-экономическая экспертиза проводится в течение месяца после предоставления реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи за оказанную медицинскую помощь застрахованным лицам, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

При проведении целевой медико-экономической экспертизы по случаям повторного обращения (госпитализации) по поводу одного и того же заболевания установленные сроки исчисляются с момента предоставления к оплате счета, содержащего информацию о повторном обращении (госпитализации).».

Проведение целевой медико-экономической экспертизы в случае поступления жалоб застрахованных лиц или их представителей не зависит от времени, прошедшего с момента оказания медицинской помощи.

4. Пункт 15 изложить в следующей редакции:

«15. Плановая медико-экономическая экспертиза осуществляется по счетам, предоставленным к оплате в течение месяца после оказания застрахованному лицу медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.».

5. Пункт 17 изложить в следующей редакции:

«17. Объем ежемесячных медико-экономических экспертиз от числа законченных случаев лечения определяется планом проверок страховыми медицинскими организациями медицинских организаций, согласованным территориальным фондом обязательного медицинского страхования в соответствии с пунктом 51 раздела VII настоящего Порядка, и составляет не менее:

- при оказании медицинской помощи стационарно – 8%;
- при оказании медицинской помощи в дневном стационаре – 8%;
- при оказании медицинской помощи амбулаторно – 0,8%.

При оказании медицинской помощи вне медицинской организации – 3% от числа поданных на оплату случаев.

В случае если в течение месяца количество дефектов медицинской помощи и (или) нарушений при оказании медицинской помощи превышает 30 процентов от числа случаев оказания медицинской помощи, по которым была проведена медико-экономическая экспертиза, в следующем месяце объем проверок от числа принятых к оплате счетов по случаям оказания медицинской помощи должен быть увеличен не менее чем в 2 раза по сравнению с предыдущим месяцем.».

6. Пункт 18 после слов «плановая тематическая медико-экономическая экспертиза» дополнить словами «, для которой отбор случаев осуществляется в пределах одного года с даты предоставления счетов и реестров счетов к оплате».

7. В пункте 19 слова «(приложение 3 к настоящему Порядку)» заменить словами «(приложение 3 (в случае проведения целевой медико-экономической экспертизы), приложение 10 (в случае проведения плановой медико-экономической экспертизы) к настоящему Порядку)».

8. Пункт 20 изложить в следующей редакции:

«20. В соответствии с частью 6 статьи 40 Федерального закона экспертиза качества медицинской помощи – выявление нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценка своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата.».

9. Пункт 24 изложить в следующей редакции:

«24. Целевая экспертиза качества медицинской помощи проводится в течение месяца после предоставления реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи за оказанную медицинскую помощь застрахованным лицам, за исключением случаев, установленных законодательством Российской Федерации, и случаев, указанных в подпункте «д» пункта 25 настоящего раздела.

В случае необходимости получения результатов патологоанатомического вскрытия при летальном случае, результатов расследования Роспотребнадзора при внутрибольничном инфицировании и иных случаях в соответствии с законодательством Российской Федерации и нормативными правовыми

актами федеральных органов исполнительной власти, срок проведения экспертизы качества медицинской помощи продлевается.

Организационные экспертные мероприятия (например, запрос материалов, необходимых для проведения экспертизы качества медицинской помощи и их анализ, переговоры с экспертом качества необходимой специальности) осуществляются в течение месяца после предоставления реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи за оказанную медицинскую помощь застрахованным лицам.».

10. Абзац третий пункта 26 изложить в следующей редакции:

«При выявлении страховой медицинской организацией (по результатам жалобы, по результатам внутреннего контроля, по запросам органов прокуратуры Российской Федерации, Росздравнадзора, иных государственных органов и организаций, юридических лиц и индивидуальных предпринимателей) случаев летальных исходов, внутрибольничного инфицирования и осложнений заболеваний, первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей целевая экспертиза качества медицинской помощи проводится не зависимо от времени, прошедшего с момента оказания медицинской помощи.».

11. Пункт 30 изложить в следующей редакции:

«30. Объем ежемесячных экспертиз качества медицинской помощи определяется планом проверок страховыми медицинскими организациями медицинских организаций, согласованным территориальным фондом обязательного медицинского страхования в соответствии с пунктом 51 раздела VII настоящего Порядка, и составляет от числа законченных случаев лечения не менее:

- при оказании медицинской помощи стационарно – 5%;
- при оказании медицинской помощи в дневном стационаре – 3%;
- при оказании медицинской помощи амбулаторно – 0,5%.

При оказании медицинской помощи вне медицинской организации – 1,5% от числа поданных на оплату случаев.».

12. В абзаце третьем пункта 46 слова «или признает» заменить словами «и признает».

13. Пункт 67 дополнить новыми абзацами следующего содержания:

«Дефекты медицинской помощи и (или) нарушения при оказании медицинской помощи:

- дефекты, связанные с нарушением условий оказания медицинской помощи, предоставляемой в плановом порядке застрахованным лицам (выявляются страховыми медицинскими организациями в случае несоблюдения медицинскими организациями положений законодательства Российской Федерации, порядков оказания медицинской помощи, договора на оказание и оплату медицинской помощи, регламентирующих данные условия (в том числе сроки и доступность плановой помощи, маршрутизации при наличии показаний к госпитализации));
- дефекты, связанные с причинением вреда здоровью застрахованным лицам (при ухудшении состояния здоровья, выражающемся в телесных по-

- вреждениях, заболеваниях, патологических состояниях, возникших в результате действия механических, физических, химических, биологических, психических и иных факторов внешней среды, а также бездействию в том случае, если оно повлекло ухудшение состояния здоровья);
- доказанные в установленном законодательством Российской Федерации порядке случаи нарушения врачебной этики и деонтологии работниками медицинской организации при несоблюдении ими принятых этических норм и принципов поведения медицинских работников при выполнении своих профессиональных обязанностей;
 - невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых или выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи или преждевременным с клинической точки зрения прекращением проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта, устанавливается при полном или частичном несоответствии (как в сторону уменьшения, так и превышения) оказанной застрахованному лицу медицинской помощи обязательным требованиям, предусмотренным законодательством Российской Федерации, нормативными правовыми актами федеральных органов исполнительной власти, а также произведенные без учета состояния здоровья пациента (информации о наличии противопоказаний или индивидуальных показаний, данных анамнеза);
 - нарушение по вине медицинской организации преемственности в лечении, необоснованная или непрофильная госпитализация застрахованного лица (выявляется страховой медицинской организацией при нарушении медицинской организацией порядков оказания медицинской помощи и установленных критериев госпитализации, включая отсутствие медицинских показаний для пребывания пациента в условиях круглосуточного стационара для проведения лечебных и диагностических мероприятий или госпитализация в медицинскую организацию или отделение, не имеющие соответствующей лицензии на оказание данного вида помощи (выполнение технологии));
 - развитие ятрогенного заболевания (выявляется при ухудшении состояния здоровья человека или возникновении нового заболевания, обусловленном неблагоприятными последствиями любых медицинских воздействий);
 - отсутствие объективных причин непредставления первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации (за исключением: изъятия документации уполномоченными органами, наличия официального запроса от застрахованного лица (представителя), оформленного в установленном законодательством Российской Федерации порядке);

1.4. Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой обязательного медицинского страхования.

1.5. Приобретение пациентом или лицом, действовавшим в интересах пациента, лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий в период пребывания в стационаре по назначению врача, включенных в «Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств», согласованного и утвержденного в установленном порядке; на основании стандартов медицинской помощи и (или) клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи.».

в) пункт 3.2 изложить в следующей редакции:

«3.2. Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи:».

г) пункт 3.3 изложить в следующей редакции:

«3.3. Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи мероприятий:».

д) пункт 4.6 изложить в следующей редакции:

«4.6. Несоответствие данных первичной медицинской документации данным реестра счетов.».

18. В приложении 10 к Порядку:

а) слова «Акт медико-экономической экспертизы» заменить словами «Акт медико-экономической экспертизы (плановой)»;

б) после слова «ИТОГО:» текст изложить в следующей редакции:

Всего проверено случаев _____.

Признаны содержащими дефекты/нарушения _____

случаев на сумму _____ рублей.

Не предъявлено для медико-экономической экспертизы _____.

Подлежат неоплате/уменьшению оплаты _____ случаев на сумму _____ рублей.

Штраф по _____ случаям на сумму _____ рублей.

Специалист-эксперт _____

«Руководитель СМО/ТФОМС: _____ Руководитель МО: _____».

М. П.

подпись,
Ф. И. О., дата
подписания

М. П.

подпись,
Ф. И. О., дата
подписания

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 – Арцишевская А.В., aarcyshevskaya@mcfr.ru
Ведущий бренд-менеджер – Амеркаева А.Р., aamerkaeva@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

Служба клиентской поддержки

Тел.: 8 (495) 937-90-82, 933-63-22

Факс: 8 (495) 933-52-62

e-mail: pressa@mcfr.ru

Претензии по доставке направлять по факсу: 8 (495) 933-52-62, e-mail: pressa@mcfr.ru

Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов.

Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов.

Перепечатка материалов, опубликованных в журнале «Здравоохранение», допускается только с письменного согласия редакции.

Свидетельство о регистрации средства массовой информации № 013625 от 26.05.1995
выдано Комитетом РФ по печати.

Подписано в печать 21.10.2015.

Формат 70 × 108 1/16. Бумага офсетная.

Усл. печ. л. 11,2. Тираж 7600 экз. Изд. № 7454. Зак. № К-4615.

Дата выхода в свет 06.11.2015.

ЗАО «МЦФЭР». 129090, г. Москва, ул. Щепкина, д. 25/20.

Цена свободная.

Отпечатано в АО «ИПК «Чувашия»

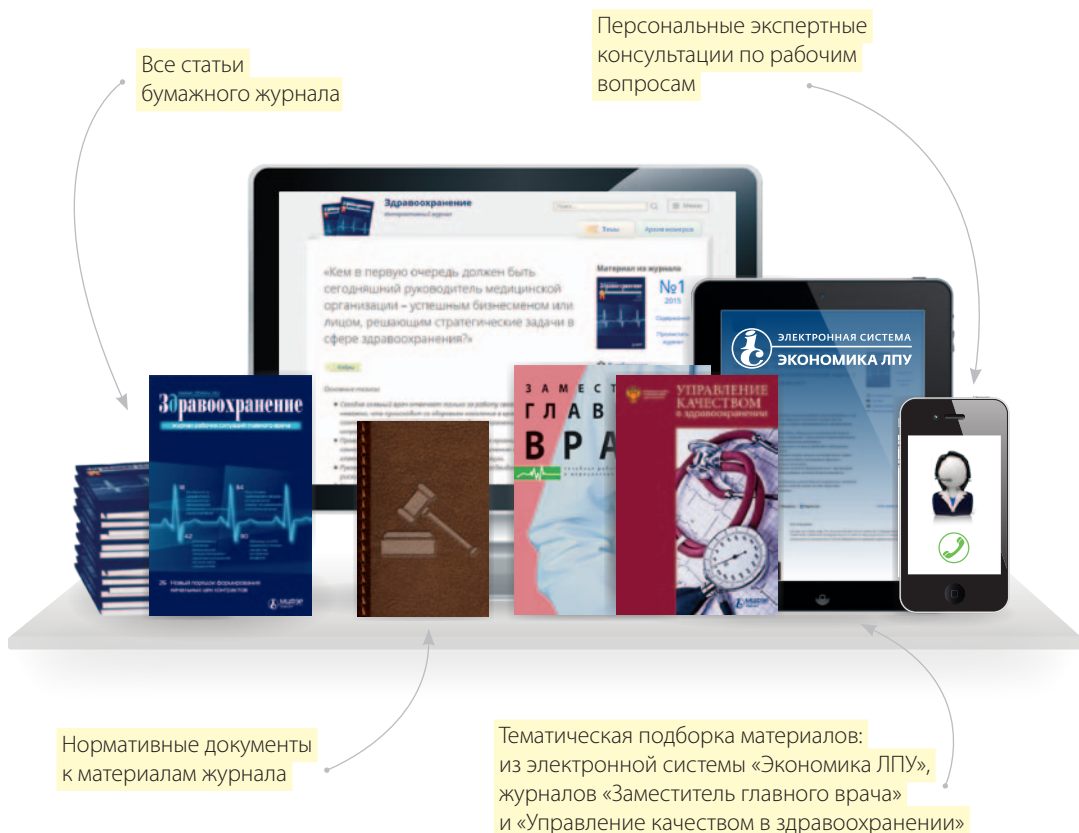
428019, Чувашская Республика, г. Чебоксары, пр-т И. Яковлева, д. 13.

ISSN 1028-9771



9 771028 977155

Интерактивный журнал «Здравоохранение»



Удобный поиск



Мгновенная доставка



Доступность и мобильность

Реклама

Закажите тестовый доступ по телефону: 8 (495) 937-9082, 937-9080
или на сайте www.in-zdr.ru

Не забудьте продлить ПОДПИСКУ

на журнал «Здравоохранение»!

Реклама

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

