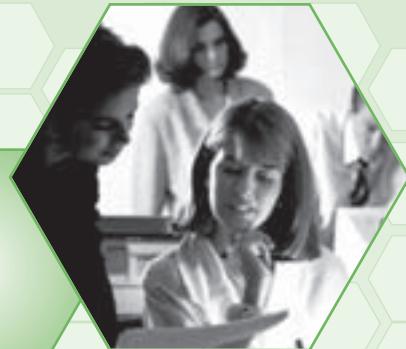


ISSN 1811-0185

Менеджер здравоохранения

№3. 2012



Менеджер здравоохранения

Ежемесячный научно-практический журнал

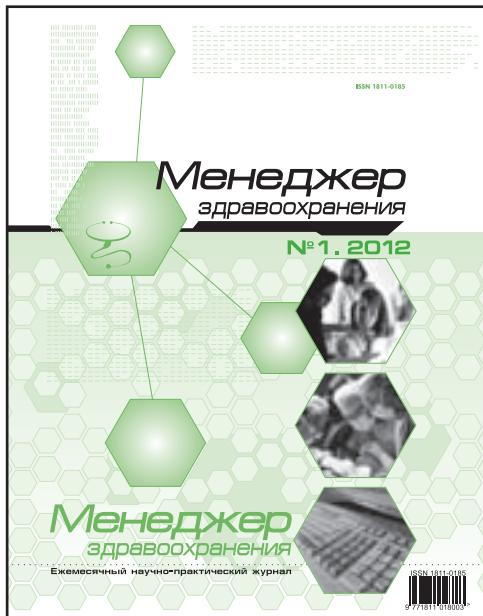
ISSN 1811-0185



9 771811 018003 >



**Продолжается подписка
на ежемесячный научно-практический журнал
«Менеджер здравоохранения» на 2012 год**



В почтовом отделении:

Каталог «Газеты и журналы» агентства «Роспечать»:

Подписной индекс: **82614** на полугодие
20102 на год

**Подписка через редакцию
(с любого номера, на любой срок):**

Стоимость подписки для любого региона РФ

- на один номер — **400 руб.**
- на полугодие — **2400 руб.**
- **4320 руб. — годовая** (стоимость 1 номера по годовой подписке — 360 руб.)

НДС не облагается.

Доставка включена в стоимость подписки.

Адрес редакции: 127254, г. Москва,
ул. Добролюбова, д. 11. Тел./факс: (495) 618-07-92
E-mail: idmz@mednet.ru, idmz@yandex.ru **www.idmz.ru**

Оплату подписки следует произвести по реквизитам:

Получатель: ООО Издательский Дом «Менеджер Здравоохранения»,
Московский банк Сбербанка России ОАО, г. Москва. ИНН 7715376090 КПП 771501001

Банк получателя: ОАО «Сбербанк России», г. Москва
р/с: 40702810638050105256 к/с: 30101810400000000225 БИК 044525225
Код по ОКП 95200, Код по ОКПО 14188349

В платежном поручении обязательно укажите: «За подписку на журнал "Менеджер здравоохранения" на 2012 г.», Ваш полный почтовый адрес и телефон.

**Список альтернативных агентств, принимающих подписку
на журнал «Менеджер здравоохранения»:**

ООО «Урал-Пресс XXI» <http://www.ural-press.ru/>, Т./ф. (495) 789-86-36, 721-25-89
ООО «ПрессГид» <http://www.pressgid.com/>, Т./ф. (812) 703-47-09
ООО «Артос-ГАЛ» Т./ф. (495) 795-23-00, 788-39-88, E-mail: snezhana--86@mail.ru

Уважаемые читатели!

Прошу Вас сообщать в редакцию о всех случаях задержки в получении журналов Издательского дома «Менеджер здравоохранения» при подписке через агентства альтернативной подписки по телефону (495) 618-07-92, или по электронной почте на адрес: idmz@mednet.ru.

ВНИМАНИЕ !!!

Подписчики журнала «Менеджер здравоохранения» получают доступ к уникальному сервису.

Наши эксперты бесплатно отвечают на все поступающие в редакцию журнала вопросы.

Вопросы принимаются по факсу (495) 618-07-92 и электронной почте idmz@mednet.ru.



**ЧИТАЙТЕ В СЛЕДУЮЩЕМ
НОМЕРЕ ЖУРНАЛА:**

- К вопросу об экономической мотивации деятельности медицинских работников в системе обязательного медицинского страхования
- Опасная ситуация — осуждение невиновного врача! Введение рентгеноконтрастного вещества пациенту — криминальная медицинская услуга?!
- Оценки экономической значимости разработанных и внедренных инноваций в лечебно-профилактических и санаторно-курортных учреждениях
- Необходимость контроля за изменениями институциональной среды процесса лекарственного обеспечения больных социально значимыми заболеваниями в новых экономических условиях
- Российская медицинская наука — как оценить степень международного признания?
- Исследовательские платформы, созданные в Минздравсоцразвития: задачи и цели



№ 3
2012

В номере:

ФОКУС ПРОБЛЕМЫ

Особенности практического законодательства, регламентирующего формирование государственных заданий для федеральных учреждений здравоохранения
Ю.Ю. Юркин 6-12

МЕНЕДЖМЕНТ В ЗДРАВОХРАНЕНИИ

Семнадцать мгновений обновления здравоохранения России
Р.А. Галкин, И.А. Гехт, Г.Б. Артемьева 13-19

КАДРОВЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ

Возможности оптимизации подготовки кадров для практического здравоохранения
Н.В. Данилова 20-24

ОСОБОЕ МНЕНИЕ

Первая проблема введения нового закона РФ от 21.11.11 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»: угроза молчаливой пандемии дефектов медицинской помощи стала реальной!
А.А. Старченко 25-29

АКТУАЛЬНЫЙ ДОКУМЕНТ

Разъяснения Фонд социального страхования Российской Федерации отдельных положений Порядка выдачи листков нетрудоспособности, утвержденного Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 29.06.2011 № 624н 30-31

ПОЛЕМИКА

Надо быть честным: бесплатной медицины больше не будет, готовьтесь
Л.Г. Авербах 32-42

Платные медицинские услуги: созданы ли механизмы четкой регламентации или наилучшей перспективой являются запреты?
Ф.Н. Кадыров 42-50

Главный редактор:

СТАРОДУБОВ Владимир Иванович,
д.м.н., профессор, академик РАМН, директор ФГУ ЦНИИ организации и
информатизации здравоохранения Минздравсоцразвития России,
представитель России в Исполнительном Комитете ВОЗ

Шеф-редактор:

КУРАКОВА Наталия Глебовна,
д.б.н., главный специалист ФГУ ЦНИИОЗ Минздравсоцразвития России

Заместитель главного редактора:

КАДЫРОВ Фарит Накипович,
д.э.н., заместитель директора ФГУ ЦНИИОЗ Минздравсоцразвития России

Редакционная коллегия:

КАКОРИНА Екатерина Петровна,
д.м.н., профессор, заместитель директора Департамента мониторинга и оценки
эффективности деятельности органов государственной власти субъектов Российской
Федерации Минрегионразвития России

МИХАЙЛОВА Юлия Васильевна,
д.м.н., профессор, заместитель директора ФГУ ЦНИИОЗ Минздравсоцразвития России

ПИВЕНЬ Дмитрий Валентинович,
д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения
Иркутского государственного института усовершенствования врачей

ШЕЙМАН Игорь Михайлович,
профессор Высшей школы экономики, руководитель экспертной группы по реформированию здравоохранения
Центра стратегических разработок

ФЛЕК Виталий Олегович,
д.м.н., профессор, заведующий кафедрой управления и экономики здравоохранения
и системы обязательного медицинского страхования
Института развития дополнительного профессионального образования Министерства образования
Российской Федерации

УЛУМБЕКОВА Гузель Эрнестовна,
председатель правления Ассоциации медицинских обществ по качеству

Читатели могут принять участие в обсуждении статей, опубликованных в журнале «Менеджер здравоохранения» и направить актуальные вопросы на «горячую линию» редакции.

Журнал зарегистрирован Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций. Товарный знак и название «Менеджер здравоохранения» являются исключительной собственностью ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения». Авторы опубликованных материалов несут ответственность за подбор и точность приведенных фактов, цитат, статистических данных и прочих сведений, а также за то, что в материалах не содержится данных, не подлежащих открытой публикации.

Материалы рецензируются редакционной коллегией.

Мнение редакции может не совпадать с мнением автора. Перепечатка текстов без разрешения журнала «Менеджер здравоохранения» запрещена. При цитировании материалов ссылка на журнал обязательна.

За содержание рекламы ответственность несет рекламодатель.

Издатель — ООО Издательский дом
«Менеджер здравоохранения»

Адрес редакции:

127254, г. Москва,
ул. Добролюбова, д. 11
idmz@mednet.ru
(495) 618-07-92

Главный редактор:

академик РАМН,
профессор В.И.Стародубов
idmz@mednet.ru

Зам. главного редактора:

д.э.н. Ф.Н.Кадыров
kadyrov@peterlink.ru

Шеф-редактор:

д.б.н. Н.Г.Куракова
kurakov.s@relcom.ru

Директор отдела распространения и развития:

к.б.н. Л.А.Цветкова
(495) 618-07-92
idmz@mednet.ru
idmz@yandex.ru

Автор дизайн-макета:

А.Д.Пугаченко

Компьютерная верстка и дизайн:

ООО «Допечатные технологии»
Литературный редактор:

Л.И.Чекушкина

Подписные индексы:

Каталог агентства «Роспечать»
Годовая — 20102
Полугодовая — 82614

Отпечатано ГУП МО «Коломенская типография»: 140400, г. Коломна,
ул. III Интернационала, д. 2а
Тел./факс 8 (496) 618-62-87

© ООО Издательский дом «Менеджер здравоохранения»

С МЕСТА СОБЫТИЙ

О новом порядке регистрации медицинских изделий и новых критериях включения медицинских изделий в стандарты лечения

Материалы конференции

«Новое законодательство в здравоохранении. Возможности и сложности для рынка медицинских технологий»

51-54

БИЗНЕС В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Мы не разрабатываем технологии — мы их используем

55-60

ИНТЕРЕСНЫЙ ДОКУМЕНТ

Индикаторы и объем финансирования программы «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)»

61-63

КОНСУЛЬТИРУЕТ «МЗ»

Порядок оказания медицинской помощи военнослужащим, сотрудникам правоохранительных органов и членам их семей

Консультант: д.э.н. Ф.Н. Кадыров

64-70

ВОПРОСЫ И ОТВЕТЫ

На вопросы отвечает д.э.н. Ф.Н. Кадыров

71-74

ПОЛЕЗНАЯ ССЫЛКА

Портал «Мир врача»

75

ИННОВАЦИИ В МЕДИЦИНЕ

76-80

ОБЗОР АКТУАЛЬНЫХ ДОКУМЕНТОВ

81-96



№ 3
2012

Все публикации журнала
индексируются в
информационно-аналитической
системе Российского индекса
научного цитирования

Ваши статьи достойны
цитирования в российском
профессиональном
сообществе...

Contents:

FOCUS OF THE PROBLEM

- Peculiarities of practice law, governing the formation of State tasks for federal agencies of health care**

Y.Y. Yurkin

6-12

MANAGEMENT IN HEALTH CARE

- Seventeen moments of renewing health care of Russia**

R.A. Galkin, I.A. Geht, G.B. Artemieva

13-19

PERSONNEL MANAGEMENT

- Opportunities of optimizing personnel training for practical health care**

N.D. Danilova

20-24

SPECIAL OPINION

- First problem of introducing new law of Russian Federation dated from 21.11.11 № 323-Federal Law «Regarding basics of health protection of citizens in Russian Federation»: the threat of silent pandemic defects in health care has become real!**

A.A. Starchenko

25-29

ACTUAL DOCUMENT

- Clarification Social Security Fund of Russian Federation on certain statements of Procedure on distributing disability leaflets, approved by Ministry of Health Care and social development of Russian Federation dated from 29.06.2011 № 624N**

30-31

CONTROVERSY

- You have to be honest: there will be no free medical care, be aware of it**

L.G. Averbah

32-42

- Paid medical services: are the recreated mechanisms of strict regulation or prohibition is the best perspective?**

F.N. Kadyrov

42-50

*Все публикации журнала
будут индексироваться
в международной
библиометрической
системе Scopus*

*Ваши статьи достойны
цитирования в международном
профессиональном
сообществе...*

FROM THE SCENE OF EVENTS

Regarding new system of registering medical products and new criteria of including medical products in standards of care.

*Materials of convention «New Legislation in Health Care.
Opportunities and obstacles in medical technology's market»*

51-54

BUSINESS IN HEALTH CARE

We do not develop technologies – we use them

55-60

INTERSTING DOCUMENT

**Indicators and volume of financing programs
«Development of Moscow city heath care (Cityhealthcare)»**

61-63

MANAGER OF HEALTH CARE CONSULTS

**Порядок оказания медицинской помощи военнослужащим,
сотрудникам правоохранительных органов и членам их семей**

Consultant: Phd. of Economic F.N. Kadyrov

64-70

QUESTIONS AND ANSWERS

Questions answered by PhD. of Economic F.N. Kadyrov

71-74

USEFUL LINK

Portal «Physician's World»

75

INNOVATIVE BUSINESS IN HEALTH CARE

76-80

REVIEW OF ACTUAL DOCUMENTS

81-96

**Ю.Ю. Юркин,**Научно-практический центр медицинской радиологии Департамента здравоохранения,
г. Москва, Россия

ОСОБЕННОСТИ ПРАКТИЧЕСКОЙ РЕАЛИЗАЦИИ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА, РЕГЛАМЕНТИРУЮЩЕГО ФОРМИРОВАНИЕ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ЗАДАНИЙ ДЛЯ ФЕДЕРАЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК УДК 614.2*Юркин Ю.Ю. Особенности практической реализации законодательства, регламентирующего формирование государственных заданий для федеральных учреждений здравоохранения (Научно-практический центр медицинской радиологии Департамента здравоохранения, г. Москва, Россия)*

Аннотация: Российская бюджетная реформа предъявляет новые требования к системе здравоохранения, ориентируя на принципиальное изменение механизмов финансирования и управления ресурсами отрасли, переход в 2012 году на эффективные как для самих медицинских учреждений, так и для системы в целом расходы. Концепция реформы предусматривает установление бюджетным учреждениям государственного задания, наличие системы возмещения расходов на оказание государственных услуг по нормативным затратам, а также связи между результатами работы учреждения и объемом его финансирования. Эти подходы исключают финансирование по бюджетной смете. В реальности основные объемы государственных услуг в сфере здравоохранения, оказываемые федеральными медицинскими учреждениями в качестве основных видов деятельности, оказались в 2012 году в зоне действия механизмов финансирования, не предусматривающих установление задания. По мнению автора, причиной этого парадокса является то, что законодательное установление с 2012 года смысловой связи между механизмами финансирования федеральных учреждений здравоохранения и базовой программой обязательного медицинского страхования является преждевременным.

Ключевые слова: бюджетная реформа, государственное задание, федеральные учреждения здравоохранения, базовая программа обязательного медицинского страхования.

С целью повышения качества государственных и муниципальных услуг, оказываемых населению за счет бюджетных средств, Государственной Думой принят Федеральный закон от 08.05.2010 № 83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений». Указанную цель предполагается достичь путем решения двух основных задач: **1)** создания условий и стимулов для более эффективного использования бюджетным учреждением средств, предоставленных из бюджета, посредством установления связи между объемами финансирования и полученными результатами; **2)** создания условий для органов исполнительной власти по оптимизации сети учреждений. Решение первой задачи предполагается осуществить путем расширения объема прав бюджетных учреждений, перехода на субсидии по государственному (муниципальному) заданию, устранения субсидиарной ответственности; передачи в рас-

© Ю.Ю. Юркин, 2012 г.



поряжение бюджетного учреждения всех полученных доходов. Решение второй задачи предполагается осуществить путем расширения полномочий органов исполнительной власти по реорганизации, изменению типа и ликвидации подведомственных учреждений.

В соответствии с указанным законом внесены многочисленные изменения и дополнения в законодательные акты, регулирующие деятельность банковской и бюджетной систем, сферы государственных и муниципальных заказов, защиты конкуренции, а также местное самоуправление, образование, оборону, архивное и музейное дело. Этот закон предусматривает изменения типа (организационно-правовой формы) бюджетных учреждений, в том числе государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, которые, оставаясь государственными, переводятся в режим самоуправления и наделяются расширенной хозяйственной самостоятельностью по всем вопросам долгосрочного планирования и текущего управления. Под действие этого закона попадают также лечебно-профилактические учреждения государственно-муниципальной системы здравоохранения, включая учреждения здравоохранения федерального подчинения.

Краткий обзор норм действующего законодательства, регламентирующего формирование государственных заданий для федеральных учреждений здравоохранения

В соответствии со статьей 69.2 Бюджетного кодекса Российской Федерации государственное (муниципальное) задание формируется для бюджетных и автономных учреждений, а также казенных учреждений, определенных в соответствии с решением органа государственной власти (государственного органа), органа местного самоуправления, осуществляющего бюджетные полномочия главного распорядителя бюджетных средств (абзац 2 пункта 3).

В соответствии с пунктом 3 статьи 9.2 Бюджетного кодекса Российской Федерации государственные (муниципальные) задания для бюджетного учреждения в соответствии с предусмотренными его учредительными документами основными видами деятельности формирует и утверждает соответствующий орган, осуществляющий функции и полномочия учредителя.

Согласно пункту 4 статьи 69.2 Бюджетного кодекса Российской Федерации, финансовое обеспечение выполнения государственных (муниципальных) заданий осуществляется за счет средств федерального бюджета и бюджетов государственных внебюджетных фондов Российской Федерации, бюджетов субъектов Российской Федерации и бюджетов территориальных государственных внебюджетных фондов, местных бюджетов в порядке, установленном соответственно Правительством Российской Федерации, высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации, местной администрацией.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 2 сентября 2010 г. № 671 «О порядке формирования государственного задания в отношении федеральных государственных учреждений и финансового обеспечения выполнения государственного задания» утверждено Положение о формировании государственного задания в отношении федеральных бюджетных и казенных учреждений и финансовом обеспечении выполнения государственного задания. В соответствии с пунктом 9 указанного постановления финансовое обеспечение выполнения государственного задания федеральным бюджетным учреждением осуществляется в виде субсидии.

В соответствии с пунктом 2 Постановления Правительства Российской Федерации от 2 сентября 2010 г. № 671 Министерство финансов Российской Федерации и Министерство экономического развития Российской Федерации совместным приказом от





29 октября 2010 года №№ 136н\526 утвердили Методические рекомендации по формированию государственных заданий федеральным государственным учреждениям и контролю за их выполнением.

Согласно указанным методическим рекомендациям, в целях утверждения государственных заданий формируются ведомственные перечни государственных услуг (работ) и базовые (отраслевые) перечни государственных услуг (работ), оказываемых (выполняемых) федеральными государственными учреждениями в установленной сфере деятельности. Показатели ведомственных перечней государственных услуг (работ) могут быть дополнены и детализированы, но не должны противоречить показателям базовых перечней государственных услуг (работ).

Минздравсоцразвития России Приказом от 13 ноября 2010 г. № 1000 утвердило базовый (отраслевой) перечень государственных услуг (работ), а Приказом от 23 декабря 2010 г. № 1165н — ведомственный перечень государственных услуг (работ), который в части специализированной медицинской помощи, за исключением высокотехнологичной медицинской помощи, содержал все основные профили медицинской помощи и специальности.

18.07.2011 в Федеральный закон от 08.05.2010 № 83-ФЗ внесены изменения и дополнения, вступившие в силу с 01.01.2012. В соответствии с этими изменениями в 2012 году финансовое обеспечение за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета медицинской помощи, предусмотренной базовой программой обязательного медицинского страхования, в федеральных бюджетных учреждениях осуществляется в виде субсидий, предусмотренных абзацем вторым пункта 1 статьи 78.1 Бюджетного кодекса Российской Федерации¹ (часть 18 статьи 31).

Таким образом, источником финансового обеспечения деятельности федеральных бюджетных учреждений по оказанию медицинской помощи, предусмотренной базовой программой обязательного медицинского страхования, являются субсидии на иные цели (целевые субсидии). Источником финансового обеспечения деятельности федеральных бюджетных учреждений по оказанию медицинской помощи, не предусмотренной базовой программой обязательного медицинского страхования, являются субсидии на финансовое обеспечение выполнения государственного задания.

В соответствии со статьей 78.1 Бюджетного кодекса Российской Федерации, в отличие от целевых субсидий, субсидии на финансовое обеспечение выполнения государственного задания предусматривают возмещение нормативных затрат, связанных с оказанием федеральными бюджетными учреждениями государственных услуг (выполнением работ). То есть расчет нормативных затрат осуществляется только в случаях использования субсидий на финансовое обеспечение выполнения государственного задания. При использовании целевых субсидий расчет нормативных затрат не осуществляется.

С учетом изменений, внесенных в августе 2011 года в Федеральный закон от 08.05.2010 № 83-ФЗ, Минздравсоцразвития России (Приказ от 12 декабря 2011 г. № 1533н) сократило перечень профилей специализированной медицинской помощи, за исключением высокотехнологичной медицинской помощи, в стационарных условиях до 4 профилей (психиатрия, наркология, фтизиатрия, венерология) вместо 36 указанных ранее. В части высокотехнологичной медицинской помощи ведомственный перечень не изменен и содержит наименование 31 профиля и подпрофиля этой помощи.

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охра-

¹ Абзацем вторым пункта 1 статьи 78.1 Бюджетного кодекса Российской Федерации предусмотрено предоставление из бюджетов бюджетной системы Российской Федерации бюджетным и автономным учреждениям субсидий на иные цели (целевых субсидий).



ны здоровья граждан в Российской Федерации» базовая программа обязательного медицинского страхования устанавливается в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании (пункт 5 главы 10).

Согласно пункту 8 главы 1 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», базовая программа обязательного медицинского страхования — составная часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им за счет средств обязательного медицинского страхования на всей территории Российской Федерации медицинской помощи.

Постановление Правительства Российской Федерации от 21 октября 2011 г. № 856 «О программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год» содержит исчерпывающий перечень видов медицинской помощи и случаев оказания медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования в 2012 году.

В соответствии с 3 абзацем раздела 3 Постановления Правительства Российской Федерации от 21 октября 2011 г. № 856 в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования оказываются все виды медицинской помощи (за исключением высокотехнологичной) в следующих случаях: инфекционные болезни, за исключением болезней, передающихся половым путем, туберкулез, ВИЧ-инфекции и синдром приобретенного иммунодефицита; новообразования; болезни эндокринной системы; расстройства питания и нарушения обмена веществ; болезни нервной системы; болезни крови, кроветворных органов; отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм; болезни глаза и его придаточного аппарата; болезни уха и сосцевидного отростка;

болезни системы кровообращения; болезни органов дыхания; болезни органов пищеварения; болезни мочеполовой системы; болезни кожи и подкожной клетчатки; болезни костно-мышечной системы; травмы, отравления; врожденные аномалии (пороки развития); деформации и хромосомные нарушения; беременность, роды, послеродовой период и abortion; отдельные состояния, возникающие у детей в перинatalный период.

В соответствии с 4 абзацем раздела 3 Постановления Правительства Российской Федерации от 21 октября 2011 г. № 856 за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета предоставляется высокотехнологичная медицинская помощь, оказываемая в медицинских организациях в соответствии с государственным заданием, сформированным в порядке, определяемом Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

В соответствии с пунктом 6 Постановления Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2011 г. № 1136 «О финансовом обеспечении за счет средств федерального бюджета оказания высокотехнологичной медицинской помощи гражданам Российской Федерации в 2012 году» Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Федеральное медико-биологическое агентство, Российская академия медицинских наук перечисляют средства федерального бюджета государственным бюджетным учреждениям в соответствии с утвержденными плановыми объемами высокотехнологичной медицинской помощи в виде субсидий на иные цели, которые не предусматривают установление государственного задания.

Результаты обзора и их обсуждение

Российская бюджетная реформа, предполагая децентрализацию управления и расширение полномочий производителей медицинских услуг, изменение порядка фор-





мирования бюджетов, привела к парадоксальной практической реализации законодательства, регламентирующего формирование государственных заданий для федеральных учреждений здравоохранения.

Главный парадокс заключается в том, что тип субсидий, предназначенных для финансирования иных (второстепенных) видов деятельности федеральных учреждений здравоохранения, применен для финансирования основных видов деятельности, осуществляемых в соответствии с целями, для достижения которых эти учреждения созданы.

Причиной этого парадокса является то, что понятие базовой программы обязательного медицинского страхования сужено до перечня заболеваний и состояний в виде перечня классов МКБ-10, при которых эта программа применяется. Несмотря на то, что Постановление Правительства Российской Федерации от 21 октября 2011 г. № 856 исключает высокотехнологичную медицинскую помощь из базовой программы обязательного медицинского страхования (3 абзац раздела 3), этот вид медицинской помощи также попал под действие изменений и дополнений, внесенных в августе 2011 года в Федеральный закон № 83-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений».

Основная идея Федерального закона от 08.05.2010 № 83-ФЗ заключается в расширении объема прав бюджетных учреждений, в сужении ответственности государства за негативные последствия неэффективного хозяйствования, а также в применении программно-целевых механизмов финансирования бюджетных учреждений в виде установления этим учреждениям государственного задания. Этот закон предусматривает возможность перехода от схемы закрепления финансовых рисков за финансирующей стороной к схеме их разделения между финансирующей стороной и производителем услуг на согласованных

условиях. Эта возможность должна реализовываться путем отказа от сметного финансирования основной деятельности медицинских учреждений и перехода на финансирование запланированных в рамках государственного задания объемов медицинской помощи путем предоставления специальных денежных субсидий, объем которых определяется с учетом размера нормативных затрат.

Нормативные затраты и их размер гарантируют бюджетную нейтральность, а именно то, что сумма возмещения за медицинскую помощь в системе здравоохранения не превысит установленной величины или изменится на установленный процент. Ориентировка на бюджетную нейтральность является средством глобализации системы возмещения по нормативным затратам. Она увязывает общий объем финансирования медицинской помощи с имеющимися в системе ресурсами.

Неиспользование нормативных затрат при финансировании медицинской помощи означает отказ от тарифных методов настройки деятельности федеральных учреждений здравоохранения, а также то, что в плановом периоде федеральные клиники в реальном выражении получат столько же, сколько в отчетном периоде, вне зависимости от результатов их работы. Эти подходы исключают мобилизацию организационных резервов учреждений, создают у учреждений заинтересованность в затратном хозяйствовании, а не в более эффективном использовании ресурсов.

В соответствии с Бюджетным кодексом Российской Федерации государственные (муниципальные) задания для бюджетного учреждения в соответствии с предусмотренными его учредительными документами основными видами деятельности формирует и утверждает орган, осуществляющий функции и полномочия учредителя. В соответствии с уставами федеральных государственных бюджетных медицинских учреждений основные виды деятельности — это виды деятельности, которые учреждение вправе осущест-



влять в рамках государственного задания в соответствии с целями, для достижения которых оно создано. Федеральные медицинские учреждения созданы для обеспечения потребностей населения в специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи. Эта деятельность осуществляется в соответствии с лицензией на медицинскую деятельность и является основной миссией учреждений этого типа.

Иные виды деятельности — это виды деятельности, не являющиеся основными, которые учреждение вправе осуществлять. Например, обеспечение соблюдения законодательства Российской Федерации по охране труда и пожарной безопасности, финансовое, кадровое, информационное, материально-техническое и инженерно-техническое обслуживание, обеспечение мероприятий по гражданской обороне и мобилизационной подготовке в соответствии с законодательством Российской Федерации и другие подобные виды деятельности.

В реальности основные виды деятельности федеральных медицинских учреждений оказались в зоне действия механизмов финансирования, не предусматривающих установление государственного задания и соответствующих принципам сметного финансирования. Изменения и дополнения, внесенные в августе 2011 года в Федеральный закон № 83-ФЗ и содержащие увязку типа субсидий с базовой программой обязательного медицинского страхования, не позволили органам, исполняющим функции и полномочия учредителей федеральных учреждений здравоохранения нового типа, установить этим учреждениям в 2012 году государственные задания на объемы высокотехнологичной медицинской помощи.

Финансовое обеспечение выполнения государственных (муниципальных) заданий (в том числе в сфере здравоохранения) может осуществляться не только за счет средств бюджетов разных уровней, но и за счет бюджетов государственных внебюджетных

фондов, то есть в том числе за счет средств обязательного медицинского страхования. Следовательно, государственное задание федеральным учреждениям здравоохранения, в том числе на высокотехнологичную медицинскую помощь, могло бы быть установлено фондами ОМС при условии перемещения бюджетных средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской деятельности федеральных учреждений здравоохранения, из федерального бюджета в бюджеты территориальных фондов ОМС. В соответствии с пунктом 9 статьи 100 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» такое перемещение предусмотрено в части финансирования высокотехнологичной медицинской помощи, но в 2012 году практически не реализовано.

Изменения и дополнения, внесенные в августе 2011 года в Федеральный закон № 83-ФЗ, также не позволили установить в 2012 году федеральным учреждениям здравоохранения государственные задания на объемы специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи, кроме 4 ее профилей (психиатрия, наркология, фтизиатрия, венерология) из 36 существующих.

То есть профильным федеральным медицинским учреждениям, финансирование которых в увязке с объемами их работы может считаться целесообразным, задание не установлено. При этом в виде государственного задания зафиксированы объемы медицинской помощи при заболеваниях, с которыми идет активная борьба, в том числе в рамках федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера», что вряд ли можно признать целесообразным.

Выводы

1. Базовая программа обязательного медицинского страхования — это инструмент обеспечения конституционных прав граждан





на бесплатную медицинскую помощь за счет средств обязательного медицинского страхования. Главными критериями этой программы являются не только перечень состояний, при которых она применяется, но и источник ее финансирования.

2. В соответствии с пунктом 6 статьи 51 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ с 1 января 2015 года финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи будет осуществляться только за счет средств ОМС. Законодательное установление с 2012 года связи между механизмами финансирования федеральных учреждений здравоохранения и содержанием базовой программы обязательного медицинского страхования является преждевременным и целесообразно только с 1 января 2015 года.

3. Отказ от нормативных затрат означает отказ от управления затратами в системе здравоохранения федерального уровня, что

создает условия для роста ресурсоемкости этой системы.

4. Отказ от установления в 2012 году государственного задания на специализированную (за исключением четырех ее профилей), в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь учреждениям здравоохранения федерального подчинения может способствовать усилению декларативности государственных обязательств в этой сфере.

5. Мера в виде установления государственного задания федеральным учреждениям, оказывающим медицинскую помощь по профилям психиатрия, наркология, фтизиатрия, венерология, увязывает объемы их финансирования с объемами их деятельности и ограничивает обязательства этих учреждений по оказанию медицинской помощи населению. Это может привести к снижению доступности для населения медицинской помощи при заболеваниях, являющихся социально значимыми.

UDC 614.2

Yurkin Y.Y. Practical implementation paradoxes of the legislation governing the formation of the state of tasks for federal agencies of health care (Reseach-Practical Center of Medical Radiology, Moscow Department of Healthcare)

Abstract: The Russian fiscal reform places new demands to the health care system, focusing on a fundamental change in funding mechanisms and resource management in the industry, the transition in 2012 to effective both for the health care facilities, and for the overall system cost. The concept of the reform provides for the establishment to budgetary institutions state task, the availability of reimbursement for the provision of public service son regulatory costs, as well as the connections between agency results and the amount of its funding. These approaches would exclude funding according to the budget estimates. In reality, the bulk of public health services provided by federal health agencies as the main activities in 2012 were in range of funding mechanisms that do not involve the establishment of the task. According to the authors, there as on for this paradox is that the legal establishment in 2012, the semantic connection between the funding mechanisms of federal healthcare and basic mandatory health insurance program is premature.

Keywords: fiscal reform, the state task, the federal health care agency, basic compulsory health insurance program.



Р.А. Галкин,

д.м.н., профессор кафедры хирургических болезней Самарского государственного медицинского университета, заслуженный врач РФ, г. Самара, Россия

И.А. Гехт,

д.м.н., профессор, начальник информационно-аналитического управления ТФОМС Самарской области, заслуженный врач РФ, г. Самара, Россия, geht@samtfoms.ru

Г.Б. Артемьева,

к.м.н., директор ТФОМС Рязанской области, г. Рязань, Россия, agb@rofoms.ryazan.ru

СЕМНАДЦАТЬ МГНОВЕНИЙ ОБНОВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ

УДК 614. 2

Галкин Р.А., Гехт И.А., Артемьева Г.Б. Семнадцать мгновений обновления здравоохранения России (Самарский государственный медицинский университет, г. Самара, Россия; ТФОМС Рязанской области, г. Рязань, Россия)

Аннотация: Помимо дефицита ресурсов, в Российском здравоохранении существует много проблем, решение которых поможет более эффективно модернизировать отрасль, в работе приводятся наиболее актуальные из них.

Ключевые слова: реформирование, методы оплаты, медицинские кадры, межмуниципальные центры.

Вопросы реформирования здравоохранения России в последнее время активно обсуждаются на разных уровнях. В данной работе мы попробовали обобщить часто встречающиеся вопросы, которые мы обсуждали со своими коллегами на курсах повышения квалификации, заседаниях врачебных ассоциаций, в кулуарных беседах. При этом постарались выделить вопросы, в которых не акцентируется недостаток финансового обеспечения системы, так как эта проблема всем известна.

1. О подушевом методе оплаты медицинской помощи с фондодержанием в системе ОМС. Подушевой метод оплаты с фондодержанием имеет и плюсы, и минусы. Его внедрение зависит от места и времени. В Самарской области этот метод был единственным приемлемым в конце 80-х — начале 90-годов, когда при выраженному дефиците ресурсов была развернута огромная коекная сеть, значительная часть которой не могла быть востребована при правильной организации потоков, уменьшении кратности, лечении только по показаниям, отказе от социальных показаний для госпитализации на дорогостоящих больничных койках. К этим проблемам присоединялось отсутствие экономической мотивации медицинских работников в улучшении качества работы. *Применение фондодержания позволило сократить на треть число больничных коек, уменьшить уровень госпитализации с 200 до 160 на 1000, число вызовов скорой помощи с 300 до 230 без применения административных методов, не было и социальной напряженности среди медиков.* Оправдало фондодержание себя и

© Р.А. Галкин, И.А. Гехт, Г.Б. Артемьева, 2012 г.



при оплате услуг в психоневрологических учреждениях, когда резко уменьшилось число госпитализаций и коек, активно заработали дневные стационары, отделения неврозов и т.д. *В то же время фондодержание — это только метод оплаты медицинских услуг, ему не стоит приписывать каких-то чудодейственных свойств.* Например, на фоне эффективной внутренней организации медицинской помощи в области, как и по всей России, из-за воздействия других, более весомых факторов, значительно ухудшились показатели здоровья (смертность, средняя продолжительность жизни и т.д.).

В настоящее время, когда прошло более 20 лет с начала внедрения фондодержания, можно более внимательно отнестись к его плюсам и минусам. Во-первых, нельзя дважды войти в одну и ту же воду. У нас сейчас другое население и другие медицинские работники, другие лечебные учреждения. *Население постарело, число пенсионеров по возрасту увеличилось на 25%. Это означает, что потребность в госпитализации значительно изменилась, и вопросы сдерживания вторичных услуг могут не всегда быть оправданы.* Перевод части медицинской помощи из стационаров в поликлиники затруднен из-за того, что это не встречает одобрения населения, которое вынуждено *покупать за свой счет очень дорогие лекарства.* В период кризиса 90-х медицинские работники были одними из самых стабильных получателей зарплаты на достаточно высоком (сопоставимом с другими) уровне, в настоящее время нищенская зарплата медиков поликлиники при современной структуре тарифа на амбулаторную помощь, где более 90% составляет оплата труда, потенциально составляет угрозу для искусственного сдерживания вторичных медицинских услуг с ростом хронизации патологии, обострений и осложнений. В такой ситуации более явственно, чем раньше, проявляется *желание поликлиник отвечать только за те издержки (виды патологии),*

на которые они могут повлиять. Значит, стоит вопрос об исключении из системы фондодержания травм и отравлений, инфекционных болезней, новообразований, болезней крови, беременности и родов, а это 45% затрат на стационарную помощь.

Изменились сами фондодержатели. Если территориальные медицинские объединения (ТМО) нивелировали в целом недостатки структуры прикрепления жителей к отдельным поликлиникам, то теперь это проявилось. *Не могут одинаково работать в условиях фондодержания в г. Самаре поликлиника, где нет прикрепленного детского населения (ГП № 6), и там, где его 30% (ГП № 4), где никакие половозрастные коэффициенты не могут помочь, и не срабатывает принцип финансовой солидарности в ОМС.* А в других областях еще существуют отдельные детские поликлиники, которые просто не выживают в условиях фондодержания. Дело в том, что уровень госпитализации достигает у детей 260 на 1000, у пенсионеров — 210, у лиц трудоспособного возраста — 140!

Таким образом, в настоящее время, на наш взгляд, предпочтительнее пользоваться смешанной формой оплаты за медицинские услуги, которая сочетает фондодержание с оплатой за произведенные услуги, тем более, что законом об ОМС предусмотрено при любой форме оплаты вести персонифицированный учет выполненных услуг.

В то же время при введении фондодержания необходимо:

- 1)** *довести ресурсное обеспечение системы ОМС хотя бы до федеральных нормативов;*
- 2)** *ввести одноканальное финансирование с полным тарифом;*
- 3)** *привести структуру прикрепленного населения к поликлиникам в соответствие с оптимальными параметрами (детей — не более 17%, пенсионеров — не более 25%);*
- 4)** *исключить из системы взаиморасчетов (поликлиника-стационар) формы пато-*





логии, за которые поликлиники не несут ответственности;

5) максимально ограничить использование сэкономленных поликлиникой средств за счет фондодержания только на рост заработной платы (как это сделано в Англии).

2. О развитии общеврачебной практики. Она, несомненно, должна развиваться и в селе, и в городе, но подготовка специалистов должна быть более основательной. Развитие ОВП должно идти параллельно с развитием специализированной помощи, а не вместо нее. Переход на Западе к системе групповой практики говорит не только об экономической выгоде таких объединений, но и о возросшей потребности в специализированной помощи в связи с постарением, когда отдельные врачи ОВП овладевают другими врачебными специальностями и могут консультировать коллег.

3. Объединение поликлиник и стационаров. Вся история отечественного здравоохранения — это объединения и разъединения медицинских учреждений без достижения каких-то значительных успехов. В настоящее время объединение поликлиник со стационарами возможно при следующих условиях: **1) экономических:** создание условий для рационального и экономного использования ресурсов (сокращение управленческого персонала, организация более мощных единичных служб диагностики, лечения и т.д.); **2) технологических** (преемственность, возможность внедрения современных технологий на амбулаторном уровне, улучшение консультативной помощи и т.д.); **3) информационных** (единая регистрация заболеваний, современная аналитическая работа с расчетом соотношений амбулаторной помощи и стационарной, заболеваемости и госпитализаций и т.д.); **4) кадровых** (маневренность в расстановке кадров); **5) географических** (должно быть удобно и медикам, и пациентам); **6) немаловажное значение имеет и осознанная добровольность при объединении.**

4. Создание межмуниципальных центров.

Межмуниципальные центры в настоящее время при сокращении числа специалистов в сельской местности — мера просто необходимая. Но их формирование должно идти параллельно с развитием служб долечивания, реабилитации, медико-социальной помощи на базе освобождающихся мощностей. На межмуниципальные центры в сельской местности должна лечь основная нагрузка по оказанию первичной специализированной помощи.

5. Аккредитация. Вопросы аккредитации следует тщательно предварительно отработать, чтобы не получилось так, как случилось с лицензированием, когда хорошая идея была дискредитирована, и все муниципальные ЛПУ получили одинаковые лицензии, несмотря на совершенно различные условия их деятельности, оснащение, кадровый состав, материальную базу и т.д.

6. О развитии частной медицины.

Развитие частной медицины в России — процесс необратимый. Вопрос в том, сможет ли государство и органы регионального управления сделать так, чтобы частные клиники и кабинеты работали не только на себя, но и приносили пользу населению, закрывая определенные «ниши» здравоохранения. При этом следует четко представлять, что успешная интеграция частного сектора приведет к изменению направления потоков пациентов, а это в свою очередь — к необходимости сокращения объемов в муниципальных и государственных ЛПУ с последующим свертыванием их мощностей. Искусственная поддержка «непопулярных» у населения муниципальных медицинских организаций только дестабилизирует ситуацию с ресурсообеспечением здравоохранения. Оптимально — привлечь частные ЛПУ в ОМС, где бы они работали под общим управлением и по единым правилам в системе. При этом важно сделать так, чтобы частные ЛПУ не опустились до уровня средних муниципальных учреждений.





пальных, а наоборот, чтобы те поднимались на уровень частных в вопросах технологий и комфорта для пациентов. В то же время следует развитие тех или иных видов помощи и технологий в частных медицинских организациях включить в единое планирование организации медицинской помощи на территории области, вплоть до согласования покупки современной дорогостоящей аппаратуры, как это сделано, например, в Австрии.

7. Нужна ли «горячая линия для пациентов»? «Горячая линия» имеет право на существование, но *как один из элементов системы постоянного мониторинга изучения мнения населения об организации и качестве медицинской помощи*. Такие службы уже появились в некоторых странах Запада. Роль социологических исследований с каждым годом возрастает, *но проводиться они должны на научной основе*, иначе по ним нельзя будет сделать правильных выводов и принять действенные решения. Некоторые опубликованные результаты опроса населения могут вызвать только улыбку. Этим вопросам необходимо серьезно обучать руководителей медицинских организаций.

8. Об ответственности гражданина за свое здоровье. Ответственность человека за свое здоровье должна быть четко прописана в законодательных актах. Пока предпочтение отдается правам. Например, гражданин не несет никакой ответственности за невыполнение рекомендаций врачей. В свою очередь это ведет к необузданному потоку повторных госпитализаций, обращений на скорую помощь и в поликлиники, что наносит огромный экономический ущерб и ограничивает доступность медицинской помощи для остальных. Повторное обращение за медицинской помощью по доказанной вине пациента должно им полностью или частично оплачиваться самим. В то же время до сих пор слаба экономическая мотивация не только гражданина, но и медицинских работников в профилактике заболе-

ваний, их раннему выявлению. Например, в Дании самостоятельное посещение гражданином врача с профилактической целью стоит в 1,5 раза дороже, чем по поводу болезни, то есть и врачу выгодно, чтобы его подопечные приходили активно проверять свое здоровье.

9. Вопросы обучения граждан самому взаимопомощи. Эти вопросы актуальны, как и создание возможностей формирования эффективных домашних аптечек, которые бы не стоили половину пенсии. В то же время необходимо поднять роль более тесных контактов пациентов со своими врачами, когда, как на Западе, он в трудной ситуации может позвонить доктору и получить совет. Для пожилых граждан весьма актуальны «службы тревоги» (кнопка сотовой связи), сестринские и врачебные вечерние иочные консультативные пункты и т.д.

10. Заболеваемость населения.

Заболеваемость населения является важнейшим критерием для оценки состояния здоровья населения. Ориентируясь на показатели заболеваемости, можно рассчитать потребность в больничных койках, врачебных кадрах и т.д. Но, к сожалению, сделать в настоящее время это сложно, ибо показатели заболеваемости не отражают истинную картину состояния здоровья. В качестве примера рассмотрим показатели заболеваемости в Приволжском ФО (данные 2010 г.). Разброс показателей по регионам слишком велик. Общая заболеваемость в Чувашской Республике 2167 на тысячу населения (далее все показатели приводятся на 1000 населения), в Мордовской — 1591 (различие 36%).

Еще существеннее различия, если посмотреть отдельные заболевания. Онкологические болезни: в Ульяновской области — 98, в Республике Марий-Эл — 30,3 (в 3 раза!); эндокринные болезни: в Удмуртской Республике — 42, в Чувашской — 78; болезни глаз: в Нижегородской области — 100,7, в Ульяновской — 174; болезни системы кровообращения: в Самарской области — 327, в



Республике Марий-Эл — 185; гипертоническая болезнь: в Кировской области — 114, в Республике Марий-Эл — 53; болезни органов пищеварения: в Республике Башкортостан — 169, в Нижегородской области — 82,6; болезни мочеполовой системы: в Чувашской Республике — 189, в Кировской области — 69; травматизм: в Пермской крае — 132, в Саратовской области — 64,4.

Эти различия обусловлены не разницей в состоянии здоровья населения регионов, скорее сказываются следующие факторы: наличие или отсутствие врачей определенных специальностей, различия в доступности медицинской помощи, *а самое главное — отсутствие эффективной системы медицинской статистической регистрации* (как впрочем и в стране в целом). Кстати, заболеваемость в ПФО в 1,5 раза больше, чем в С-К ФО, и на 33%, чем в ЮФО).

Если сравнить показатели заболеваемости с показателями смертности, то подтверждается сомнительность первых показателей. Например, в Республике Марий-Эл заболеваемость системы кровообращения на 70% меньше, чем в Самарской области, а смертность на 11% выше, показатели летальности будут вообще почти в 2 раза выше (4,5 и 2,4%), то есть в Республике из 22 зарегистрированных больных один умирает, в Самарской же области — из 42. Похожая ситуация с онкологическими заболеваниями: в этой же Республике один летальный исход приходится на 17 зарегистрированных больных, в Ульяновской области — на 46! Еще больший разброс показателей заболеваемости, если их посмотреть в разрезе отдельных муниципальных образований в каждом регионе.

Почему это происходит? Заболеваемость регистрируется только при обращениях по месту прикрепления граждан в поликлинике и только за один год. Не учитываются: 1) обращения за медицинской помощью и с профилактической целью по месту работы, 2) обращения в ведомственные ЛПУ, 3) в частные меди-

цинские организации, 4) консультации в других учреждениях, 5) обращения на скорую помощь, 6) заболевания, выявленные при госпитализациях, 7) случаи смерти, 8) обращения в салоны «Оптика», 9) заболевания, возникшие в другом регионе (Самарский ТФОМС оплатил другим регионам в 2011 году 260 млн. рублей за медицинскую помощь, оказанную ее жителям, но сведения об их заболеваемости не вошли в статистику ни в Самарской области, ни по месту оказания помощи). Сейчас есть все возможности наладить эффективную регистрацию заболеваемости, ведь речь идет не о передаче бумажных статистических талонов, а о современном информационном взаимодействии.

11. Организация консультативных пунктов по приему лекарств в аптеках.

Предпочтительнее все же все консультации получать у своего лечащего врача. В то же время есть смысл при крупных аптеках создавать консультации по фармакотерапии, которые бы обслуживали не только своих посетителей, но и посетителей других аптек (телесвязь), причем консультации должны одновременно согласовываться с лечащим врачом. Вопрос особенно актуален для пожилого контингента (проблемы замены препарата, сочетания его с другими, соблюдения особой диеты, двигательного режима и т.д.). Своевременными будут создания отдельных гериатрических аптек или отделов при крупных аптеках. При этом возрастает роль подробных аннотаций с указанием, как применять препарат в пожилом и старческом возрасте. Неизмеримо увеличивается значение подготовки врачей по вопросам гериатрической фармакологии.

12. Вопросы кадрового дефицита в здравоохранении. Эти вопросы постоянно обсуждаются в прессе. Несомненно одно, если не будут предприняты решительные меры по исправлению ситуации, никакие нацпроекты и модернизации не помогут. Что





толку добавлять к зарплате по 5 тысяч рублей в месяц урологам, если их в селе на всю Самарскую область осталось 4, а потребность огромная в связи с постарением населения? Необходимо вернуться к прежней системе подготовки специалистов, когда в течение 4–5 месяцев любой врач на селе мог овладеть смежной специальностью и успешно работать. Ординатура пусть будет предназначена для специалистов, претендующих на работу в ЛПУ клинического уровня. Особое внимание следует уделить подготовке руководителей и менеджеров здравоохранения, дефицит которых не менее пагубен для отечественного здравоохранения, чем дефицит ресурсов. Назначение руководителей только по политическим критериям без должной подготовки — путь в никуда. А подготовка руководителей любого ранга должна включать в себя овладение элементарными статистическими приемами, правилами управления коллективом, юридических основ, а не только поездки за границу для изучения опыта. Не секрет, что многие из новых руководителей медицинских организаций не в состоянии самостоятельно написать аттестационную работу, не говоря уже о научной статье.

13. Общественные врачебные организации. Этот вопрос нашел свое отражение в новом законе об охране здоровья. В то же время нынешняя роль общественных сообществ только как оппозиционеров Федеральному Министерству здравоохранения и социального развития весьма ущербна и неконструктивна, ибо критиковать, не отвечая, по сути, ни за что, всегда легче, чем делать дело. В некоторых областях ассоциации главных врачей согласовывали назначение и увольнение руководителей ЛПУ различного уровня. С одной стороны, это хорошо, когда руководителя поддерживают его коллеги, но с другой, ассоциация не несет никакой ответственности за провалы с тяжелыми последствиями тех, кого она поддержала.

Таким образом, управленические решения должны быть за теми, кто на это уполномочен по закону, но хороший руководитель всегда прислушивается к мнению профессиональных союзов и ассоциаций. (В Дании, например, без одобрения ассоциации врачей не рассматривается ни один вопрос, касающийся здоровья населения, даже в парламенте).

14. Одноканальное финансирование. Несомненно, нужно переходить к одноканальному финансированию на базе системы ОМС. Но нужна серьезная подготовка по двум основным направлениям: 1) наполнение тарифа, куда бы входили основные направления затрат, и 2) расширение видов медицинской помощи. Вхождение в структуру тарифа средств на содержание медицинских организаций (гостиничные, коммунальные услуги, транспорт, связь, приобретение оборудования и т.д.) при различной стоимости этих услуг даже в пределах одного региона делает невозможным формирование единого тарифа. Значит, предстоит разработать систему дифференцированных тарифов на содержание ЛПУ, причем заинтересовать медицинских работников в экономии тепла, электроэнергии, бережном отношении к оборудованию и т.д. До сих пор неясно, из каких источников будет финансироваться содержание частных и ведомственных медицинских организаций. Увеличение диапазона видов медицинской помощи в системе ОМС потребует разработки дифференцированных методов оплаты медицинской помощи, направленных на увеличение экономической мотивации в улучшении результатов своей деятельности, например, социально-значимых служб.

15. Диспансеризация. Ее значение огромно, но все зависит от правильной организации, лишенной политической подоплеки. Важно не выполнение плана осмотров, а конечный результат, отражающий изменение состояния здоровья населения, причем в долгосрочной перспективе (показатели



смертности, инвалидности, заболеваемости с временной утратой трудоспособности) после проведение всего комплекса показанного лечения. Обязательно диспансеризация должна сочетаться с расширением радикально-эффективного лечения пациентов при обращениях их за медицинской помощью, в этом также состоит огромное профилактическое значение работы здравоохранения. Следует изучить опыт стран, где индивидуальные посещения граждан с профилактической целью оцениваются намного выше, чем обращения по поводу болезней, тогда возникает экономическая мотивация врачей в том, чтобы прикрепленное к ним население регулярно проверяло свое здоровье. Индивидуальная работа с пациентом иногда более эффективна, чем система массовых осмотров.

16. Проблемы региональных программ модернизации. Огромна потребность в приведении в надлежащий вид лечебных учреждений, обновлении оборудования. Смущает поспешность разработки программ, недостаточная привязка их к прогнозу развития организационных технологий, связанных с изменяющимися потребностями населения в медицинской помощи. Будет досадно, когда отремонтированные и оснащенные современной медицинской техникой медицинские организации будут использоваться в конечном итоге совсем для других целей. Расширение стандартов в медицине — дело нужное, в то же время пора переходить к единым принципам оплаты стационарной

помощи, основанной на единых (федеральных) клинико-статистических группах.

17. Приоритет развития детского здравоохранения. Важная проблема, но она должна рассматриваться не изолированно, а комплексно, ибо улучшение состояния здоровья детей невозможно без коренного изменения подхода к организации медицинской помощи взрослому населению со значительным улучшением показателей, характеризующих его здоровье, без усиления гериатрической направленности в деятельности поликлиник и стационаров, ибо значение здоровых бабушек и дедушек в воспитании здоровых детей трудно переоценить. Борьба с абортами, включение бесплатных контрацептивов в систему ОМС, пропаганда здорового образа жизни — все это необходимые атрибуты программы улучшения здоровья детей, а не только выделение 25% средств от программы модернизации.

Несомненно, каждому из описанных направлений можно было бы посвятить отдельную работу. В нашу задачу же входило обозначение важных, на наш взгляд, проблем (понимаем, что их гораздо больше), по которым следует работать, чтобы эффективно реформировать отечественное здравоохранение, ибо постоянные ссылки на недостаток ресурсного обеспечения отрасли несколько расхолаживает организаторов здравоохранения и не позволяет в полной мере использовать собственные организационно-технологические резервы, а они достаточно велики.



UDC 614.2

Galkin R.A., Geht I.A., Artemieva G.B. *Seventeen moments of renewing health care of Russia* (Samara State Medical University, Samara, Russia; TFOMS of Ryazan region, Ryazan, Russia)

Annotation: Apart from deficit of resources in Russian health care there are a lot of problems, solving which could help to more efficiently enhance the field. There are described the most actual in this work.

Keywords: reforming, methods of payment, medical personnel, intermunicipal centers.



Н.В. Данилова,

ведущий научный сотрудник ФГБУ Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения. МЗСР РФ, г. Москва, Россия,
danilova@mednet.ru



ВОЗМОЖНОСТИ ОПТИМИЗАЦИИ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 614.2

Данилова Н.В. *Возможности оптимизации подготовки кадров для практического здравоохранения (ФГБУ Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения. МЗСР РФ, г. Москва, Россия)*

Аннотация: В статье анализируются состояние и формы подготовки кадровых ресурсов здравоохранения. Рассматриваются некоторые вопросы совершенствования механизмов реализации права на профессиональную подготовку, переподготовку кадров с учетом нужд учреждения здравоохранения и рационализации расходуемых финансовых средств.

Ключевые слова: медицинские кадры, использование кадрового потенциала, практическое здравоохранение, внедрение контрактных форм подготовки персонала.

Вопросы кадрового обеспечения в Российской Федерации являются неотъемлемой частью государственной политики в области здравоохранения, медицинские кадры рассматриваются в качестве главного его ресурса. Поскольку значимость совершенствования кадровых ресурсов при развитии здравоохранения признана на всех уровнях управления, в перечень ведущих задач и мер по улучшению доступности и качества медицинской помощи в Российской Федерации включена задача укрепления кадрового потенциала в институциональном масштабе [1].

Базовой основой кадровой политики являются как действующие в стране нормативно-правовые документы, регламентирующие подготовку медицинских работников, так и те инновационные изменения, дополнения, положения, которые способствуют развитию сложившихся за последние годы подходов по использованию кадров.

Доступность и бесплатность среднего, высшего профессионального образования в государственных учреждениях на конкурсной основе установлены Конституцией Российской Федерации (статья 43), Федеральным законом «Об образовании» от 10.07.1992 № 3266-1 (ред. от 03.12.2011), определяющим требования к программам учебных курсов, предметов, дисциплин (модулей), построению национальных образовательных стандартов обучения.

Согласно положениям Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (от 21.11.2011 № 323-ФЗ), «право на осуществление медицинской деятельности в Российской Федерации имеют лица, получившие медицинское или иное образование в

© Н.В. Данилова, 2012 г.



Российской Федерации в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами и имеющие свидетельство об аккредитации специалиста (статья 69, часть 1). Аккредитация специалиста рассматривается как процедура определения соответствия готовности лица, получившего высшее или среднее медицинское образование, к осуществлению медицинской деятельности по определенной медицинской специальности в соответствии с установленными порядками оказания медицинской помощи и со стандартами медицинской помощи (статья 69, часть 3). Аккредитация как форма допуска к оказанию конкретных видов медицинской помощи и персонифицированная ответственность работника за свои действия, их последствия осуществляется по окончании освоения основных образовательных программ среднего, высшего образования и пополняется за счет новых знаний и умений в процессе послевузовского обучения. Система аккредитации вступает в силу с 01.01.2016 (в 2012 году и в течение переходного периода действие сертификата специалиста сохраняется).

Новым законом предусмотрено также регулирование отношений в области подготовки специалистов с медицинским образованием по дополнительным профессиональным образовательным программам повышения квалификации (не реже одного раза в пять лет), профессиональной переподготовки, соотносимое с полномочиями федеральных органов исполнительной власти в сфере охраны здоровья. В тексте закона определена обязанность медицинской организации по обеспечению профессиональной подготовки, переподготовки и повышения квалификации медицинских работников (статья 79, часть 8).

В качестве руководства к практическим действиям по непрерывности образовательного процесса предлагается обновленный порядок, в соответствии с которым в течение ближайших лет медицинским работникам будут присваиваться квалификационные кате-

гории. При сохранении прежней системы аттестационных комиссий (центральная, региональные и ведомственные) и традиционных типов категорий выделяется соблюдение требований к объему стажа работы при присвоении каждой из них [3]. Расширен перечень материалов, предоставляемых в аттестационную комиссию, состоящую из экспертных групп, соответствующих тем специальностям, по которым проводятся единые для всех территорий квалификационные процедуры: рецензирование отчетов, тестирование, собеседование при однотипной тестовой оценке.

Дипломная подготовка врачей осуществляется по 9 общим (вузовским) профилям, из них Приказом Минздравсоцразвития России «О номенклатуре специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации» (от 23.04.2009 № 210н) утверждены медицинская биохимия, биофизика, кибернетика. Все высшие учебные заведения страны (48), выпускающие профильных специалистов, имеют лицензию на право ведения образовательной деятельности, аккредитацию по обеспечению ее надлежащего качества. Послевузовское медицинское образование включает программы дальнейшего обучения и может быть получено (с 01.09.2017) в ординатуре, аспирантуре, докторантуре (до этого срока прежний порядок сохраняется).

За последние годы проведена работа по укреплению среднего профессионального образования, развитию сестринского дела, утверждены «Доктрина среднего медицинского и фармацевтического образования в Российской Федерации», «Отраслевая программа развития сестринского дела в Российской Федерации» в целях повышения социального статуса профессии, значимости кадров среднего звена в практическом здравоохранении.

Ретроспективный анализ выпуска специалистов государственными высшими учебными





заведениями по группе специальностей «здравоохранение» свидетельствует, что если в 2004 году было подготовлено 26,8, то к 2010 г. выпуск уже достиг 33 тыс. специалистов (темпер прироста +17%). Численность работающих в системе Минздравсоцразвития России врачей составила в 2010 году 625,7 тыс. (с темпом прироста по отношению к 2005 году +3,0%). Выпуск врачей негосударственными медицинскими ВУЗами за тот же период прибавил дополнительно свыше 700 физических лиц. В кадровой структуре в соответствии с номенклатурой преобладают врачи-терапевты — каждый третий, педиатры представлены каждым десятым, 15,0% от всех специалистов составляют хирурги. Доля стоматологов достигает 8%, гигиенистов — 1,0% от общей численности врачей. Один специалист с высшим образованием по фармации (провизор) приходится на 50 врачей.

Специалисты с высшим образованием готовятся и выпускаются за счет федерального бюджета, доля которого возросла к 2010 по сравнению с 2005 годом на 7,4%. Доля местных бюджетов за то же время снизилась на 2,4% (4). Постепенно увеличивается численность лиц, обучающихся на платной основе.

Вместе с тем выпуск специалистов со средним специальным образованием по группе «здравоохранение» за предыдущее пятилетие уменьшился на 3,5 тыс. человек. Подготовка сестринских кадров осуществляется в основном за счет бюджетов субъектов Федерации, средства федерального бюджета, выделяемые на нее, с 2005 года уменьшились на 10%.

Из многих составляющих, определяющих объем и качество обучения, вопросы подготовки, последипломного обучения, повышения квалификации кадрового состава относятся к ведущим в практическом здравоохранении. Реалиями медицинской профессии является кredo, вектор которого, согласно общемировым тенденциям, направ-

лен на «обучение через всю жизнь». Востребованными являются не только знание теоретических аспектов, но и устойчивые практические навыки, владение современными технологиями, умениями, которые в перспективе должны приобретаться и обновляться каждое пятилетие — срок устаревания накопленных и утверждения новых знаний.

Признано, что экономика системы (в том числе здравоохранения) предусматривает закрепление отношений материальной собственности с нахождением ее объектов в оперативном управлении базовых учреждений. Экономическая деятельность реализуется лишь вследствие единства материально-технических, финансовых ресурсов и трудового (кадрового) потенциала, в ходе которого формируются условия для ведения производственного (лечебно-диагностического) процесса и «выпуска» продукции — оказания необходимых медицинских услуг.

В этой связи серьезного внимания требуют вопросы финансирования подготовки врачей, среднего медицинского персонала для самостоятельной работы в практическом здравоохранении, а также в целях повышения их квалификационного уровня. Особенности экономики среднего и высшего профессионального образования заключаются в получении знаний на конкурсной основе в рамках национального образовательного стандарта. На средства федерального бюджета осуществляется финансирование обучения в государственных образовательных учреждениях высшего профессионального образования, ориентировано рассчитанное на не менее чем 170 студентов на каждые десять тысяч человек, проживающих в Российской Федерации (статья 41 ФЗ «Об образовании» в ред. от 08.05.2010 № 83-ФЗ). В рамках закона допускается привлечение дополнительного финансирования в виде предоставления платных образовательных услуг.

Согласно правовым положениям, учреждение образования может осуществлять в пределах, финансируемых за счет учредителя



государственных заданий (или контрольных цифр), целевой прием на основе договоров с органами государственной власти субъекта РФ, органами местного самоуправления в целях содействия им в подготовке специалистов соответствующего уровня образования. Бюджетирование является одной из основных финансовых составляющих при их подготовке, переподготовке, повышении квалификации. Финансовые средства расходуются в обмен на закрепление обученного специалиста в медицинской организации, подчиненной субъекту Федерации, муниципальному образованию.

Однако практика показывает, что нередко, пройдя обучение (переобучение) за счет бюджетных средств территориального здравоохранения, специалист не приступает к работе, и медицинская организация вынуждена изыскивать нового кандидата. Установленное законом «Об образовании» положение о возможности использования порядка многосторонних договорных отношений в интересах системы здравоохранения субъекта Российской Федерации должно работать более эффективно, без нарушения определенных иными государственными законами норм.

Известно, что договор (соглашение, контракт) в классическом своем варианте является неотъемлемой частью системы юридических отношений, включая их добровольность, установленные гарантии, защиту законных интересов сторон, несмотря на наличие доли взаимного давления участников контракта, обусловленного конфликтом экономических интересов [5]. Как основополагающая форма человеческого взаимодействия, в том числе в таком экономическом виде деятельности, как здравоохранение, договорные отношения нуждаются в государственном регулировании и формировании согласованных положений по ряду еще не получивших конкретного разрешения вопросов.

При заключении трехстороннего соглашения (контракта) между образовательным учреждением и органом исполнительной вла-

сти в сфере регионального здравоохранения в интересах третьего лица (работника) закрепляются порядок и условия по выполнению работы по вновь полученной специальности либо после усовершенствования — по-прежнему профилю деятельности в региональном (муниципальном) учреждении здравоохранения в течение срока, определенного договором. При любых условиях предусматривается обязательное положение о предоставлении специалисту адекватных социально-бытовых условий для выполнения должностных обязанностей (жилье, льготная оплата коммунальных услуг, жилищные сертификаты и иные преференции) и (или) ряда предложений, авансирующих саморазвитие.

В настоящее время государство предпринимает ряд активных мер для социальной поддержки с 2012 года медицинских работников, работающих в сельских населенных пунктах, поселках городского типа. Для них предусмотрено восстановление ежемесячной денежной оплаты жилья, отопления и освещения, утраченной после монетизации льгот [2]. Президентом Российской Федерации гарантированы объемные выплаты специалистам, закончившим обучение и решившим приступить к медицинской деятельности в сельской местности, и Федеральный фонд ОМС готов предоставить по 1 млн. руб. врачам, поехавшим на село.

Закрепление финансово-правового механизма выделения средств на обучение исполнительным органом управления здравоохранением (конкретной медицинской организацией), договорные отношения, установленные между будущим врачом (специалистом) и службой здравоохранения (учреждением), позволили бы реализовать несложный, по сути, и прозрачный механизм возврата финансовых ресурсов, потраченных неэффективно.

Подобные дополнительные превентивные меры будут обеспечивать поступательное и перманентное улучшение результатов медицинской деятельности, на которые ориенти-





рована программа модернизации здравоохранения как инструмент достижения прогнозируемых на 2012 и последующие годы показателей обеспеченности российских территорий кадровым составом. Потребуется решать задачи сохранения и развития квалифицированного персонала в здравоохранении как основного фактора, способствующего улучшению качества и безопасности медицинского обслуживания и, следовательно, направления дополнительных финансовых расходов на подготовку и своевременную переподготовку медицинских кадров в соответствии с кадровым планированием в субъектах Федерации.

Уточнение и правовое закрепление финансовых отношений, учитывающих особенности медицинской деятельности, в свою очередь будут способствовать процессу реализации не только права на обучение, но и связанных с ним обязанностей. В целях повышения квалификации и усовершенствования знаний (каждые пять лет) более приемлемой является заочно-очная форма с предцикловой подготовкой, элементами дистанционного обучения, позволяющая, не снижая качества, уменьшить расходы и приблизиться к экономической сбалансированности между затратами на учебный процесс и его эффективностью.

ЛИТЕРАТУРА

- 1.** Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года//www.zdravo2020.ru (Дата обращения: 16.12.2010).
- 2.** Постановление Правительства РФ от 17.10.2011 № 839 «О мерах социальной поддержки в 2012–2014 годах медицинских и фармацевтических работников, проживающих и работающих в сельских населенных пунктах, рабочих поселках (поселках городского типа), занятых на должностях в федеральных государственных учреждениях».
- 3.** Приказ Минздравсоцразвития России от 25.07.2011 № 809н «О порядке получения квалификационных категорий медицинскими и фармацевтическими работниками».
- 4.** Российский статистический ежегодник, 2010.
- 5.** Шаститко А.Е. Новая институциональная экономическая теория. — М.: ЭФМГУ, ТЕИС, 2002 — 591 с.

UDC 614.2

Danilova N.D. *Opportunities of optimizing personnel training for practical health care* (Federal Research Institute for Health Care Organization and Information of the Ministry of Health and Social Development of Russian Federation, Moscow, Russia)

Annotation: In the article there are analyzed conditions and forms of personnel resources training in the sphere of health care. There are considered several questions of enhancing mechanisms of implementing the right on professional training, re-training of personnel with consideration of health care institution's needs and rationed expended financial funds.

Keywords: medical personnel, usage of personnel potential, practical health care, introduction of contact forms of personnel's training.



→ **От редакции:**

Новый 2012 год мы встретили с новым законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Его обсуждение проходило в жарких спорах оппонентов, которые не стихают и после принятия закона.

В конце 2011 года редакция получила довольно много острых материалов, которые свидетельствуют о неисчерпанности темы. Главная тревога авторов статей связана с тем, что ряд позиций закона существенно ухудшают положение граждан в России и умаляют их права. Мы приглашаем всех заинтересованных экспертов обсудить, есть ли веские основания для таких опасений?

Шеф-редактор Н.Г.Куракова

А.А. Старченко,

д.м.н., профессор, президент НП «Национальное агентство по безопасности пациентов и независимой медицинской экспертизе», сопредседатель Комитета независимой экспертизы НП «Национальная медицинская палата», член Общественного совета по защите прав пациентов при Росздравнадзоре, г. Москва, alexstarchenko@mail.ru

ПЕРВАЯ ПРОБЛЕМА ВВЕДЕНИЯ НОВОГО ЗАКОНА РФ ОТ 21.11.11 № 323-ФЗ «ОБ ОСНОВАХ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»: УГРОЗА МОЛЧАЛИВОЙ ПАНДЕМИИ ДЕФЕКТОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СТАЛА РЕАЛЬНОЙ!

Свступлением в юридическую силу Закона РФ от 21.11.11 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» возникает ряд правовых неопределенностей и коллизий, среди которых отсутствие законных правовых оснований для проведения медико-экономической экспертизы (МЭЭ) и экспертизы качества медицинской помощи (ЭКМП) в системе ОМС в сущностной части указанных экспертиз.

Указанным Законом РФ от 21.11.11 № 323-ФЗ регулируется оказание медицинской помощи в Российской Федерации. Действующее законодательство по ОМС специально не регулирует вопросы оказания медицинской помощи, являясь рамочным законом по отношению к этим вопросам.

Законом РФ от 21.11.11 № 323-ФЗ предусмотрено, что ряд норм, непосредственно касающихся качества медицинской помощи и его оценки, вступает в юридическую силу только с 01.01.2013. К примеру:

© А.А. Старченко, 2012 г.





— п. 4 статьи 10 «Доступность и качество медицинской помощи», которым устанавливается, что качество медицинской помощи обеспечивается применением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;

— часть 1 статьи 37 «Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи», где прямо устанавливается обязательность исполнения порядков и стандартов оказания медицинской помощи в РФ (*«1. Медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи».*)

Одновременно часть 2 специальной статьи 64 «Экспертиза качества медицинской помощи», посвященная критериям оценки качества медицинской помощи, вступает в силу только 01.01.2015. Из этого следует, что в отсутствие критериев оценки качества медицинской помощи последняя либо крайне затруднительна, либо вообще невозможна. Надо ждать 2015 года!

Таким образом, с вступлением в юридическую силу Закона РФ от 21.11.11 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» упразднена обязательность исполнения медицинскими организациями стандартов оказания медицинской помощи, утвержденных федеральным органом исполнительной власти, которая существовала до 2012 года в правовом поле сферы здравоохранения в соответствии с нормами Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан.

При этом часть 3 статьи 64 прямо указывает, что: «*Экспертиза качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования, проводится в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании.*»

Однако законодательство РФ об ОМС, в частности, Закон РФ № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», не содержит норм и правил оказания медицинской помощи, а имеет лишь упоминание в ч. 4 статьи 35 «Базовая программа обязательного медицинского страхования» о том, что: *«Страховое обеспечение в соответствии с базовой программой обязательного медицинского страхования устанавливается исходя из стандартов медицинской помощи и порядков оказания медицинской помощи, установленных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти».*

В части 4 статьи 44 также косвенно упомянуты стандарты: «4. При ведении персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, осуществляются сбор, обработка, передача и хранение следующих сведений: 11) примененные медико-экономические стандарты».

Основополагающая же статья 40 Закона РФ № 326-ФЗ, регулирующая организацию контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, вообще не содержит упоминания о стандартах оказания медицинской помощи.

Часть 6 статьи 40 определяет, что: «*6. Экспертиза качества медицинской помощи — выявление нарушений в оказании медицинской помощи, в том числе оценка правильности выбора медицинской технологии, степени достижения запланированного результата и установление причинно-следственных связей выявленных дефектов в оказании медицинской помощи.*

Опыт экспертной работы в системе ОМС, в том числе вступившие в силу приговоры и постановления судов РФ, показывают, что выявление нарушений в оказании медицинской помощи, в том числе оценка правильности выбора медицинской технологии, степени достижения запланированного результата и установление причинно-следственных связей выявленных дефектов в оказании медицинской помощи, не мыслимы без сопоставления



оказанной медицинской помощи с требованиями стандартов оказания медицинской помощи, утвержденных в предыдущее десятилетие нормативными актами федерального органа исполнительной власти.

Однако в подзаконном акте — Приказе ФОМС от 01.12.10 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию», в п. 5 указанного Порядка... объявлены цели контроля в системе ОМС, в том числе: «*5. Цели контроля: 5.3. Предупреждение дефектов медицинской помощи, являющихся результатом несоответствия оказанной медицинской помощи состоянию здоровья застрахованного лица; невыполнения и/или неправильного выполнения порядков оказания медицинской помощи и/или стандартов медицинской помощи, медицинских технологий путем анализа наиболее распространенных нарушений по результатам контроля и принятие мер уполномоченными органами*».

Из этого следует, что обязательной составляющей экспертизы медицинской помощи в системе ОМС является контроль выполнения порядков и стандартов медицинской помощи.

Более того, в пп. 14 и 25 данного Порядка объявлены поводы для целевых МЭЭ и ЭКМП: случаи заболеваний с удлиненным или укороченным сроком лечения более чем на 50% от установленного стандартом медицинской помощи или средне сложившегося для всех застрахованных лиц в отчетном периоде с заболеванием, для которого отсутствует утвержденный стандарт медицинской помощи.

П. 21 Порядка... четко определяет, что экспертиза качества медицинской помощи проводится путем проверки соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи порядкам оказания медицинской помощи и стандартам медицинской помощи.

П. 80 Порядка... фактически вводит в действие методику проведения ЭКМП, обязывая

специалиста-эксперта осуществлять: выборочный контроль объемов медицинской помощи по страховым случаям путем сопоставления фактических данных об оказанных застрахованному лицу медицинских услугах с порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи.

Помимо указанных выше норм, Приложением № 8 к Порядку организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию введена в действие императивная норма — Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), которым СМО предписывается применение финансовых и штрафных санкций за невыполнение стандарта медицинской помощи:

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

3.2. Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и (или) стандартами медицинской помощи.

3.3. Выполнение непоказанных, неправданных с клинической точки зрения, не регламентированных стандартами медицинской помощи мероприятий.

3.9. Необоснованное удлинение сроков лечения по вине медицинской организации, а также увеличение количества медицинских услуг, посещений, койко-дней, не связанное с проведением диагностических, лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в рамках стандартов медицинской помощи.





5.7.5. Включения в реестр счетов медицинской помощи:

— амбулаторных посещений в период пребывания застрахованного лица в круглосуточном стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях в рамках стандартов медицинской помощи].

Таким образом, налицо юридическая коллизия между нормами двух федеральных законов, порождающая правовую неопределенность в экспертной деятельности СМО, которую следует разрешить до 01.01.2012. В противном случае экспертная деятельность в сфере ОМС будет парализована отказом медицинских организаций признавать акты экспертизы СМО и ТФОМС (в части межтерриториальной помощи) со ссылкой на Закон РФ № 323-ФЗ.

Полагаем, что пункт 21 статьи 3 Закона РФ № 323-ФЗ в части определения качества медицинской помощи как совокупности характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата, может служить отправным для решения данной коллизии. Из этого определения следует, что невыполнение показанной медицинской услуги и включенной в стандарт, утвержденный нормативным актом федерального органа исполнительной власти, является ненадлежащим качеством медицинской помощи по признаку неправильности выбора методов диагностики и лечения.

Аналогичный вывод следует сделать из нормы статьи 10 Закона РФ № 323-ФЗ, которая устанавливает: «Доступность и качество медицинской помощи обеспечиваются: 5) предоставлением медицинской организацией гарантированного объема медицинской помощи в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».

Таким образом, гарантированным объемом услуг для правильной диагностики и правильного лечения в системе ОМС является набор медицинских услуг — стандарта, без которых невозможно выполнить требование о качестве о правильности диагностики и лечения застрахованного лица, т.е. услуг с частотой предоставления 100%.

Статья 64 Закона РФ № 323-ФЗ «Экспертиза качества медицинской помощи» (аналогично части 6 статьи 40 Закона РФ № 326-ФЗ) определяет: «Экспертиза качества медицинской помощи проводится в целях выявления нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата». Из этого также следует, что для правильной диагностики и правильного лечения в системе ОМС необходимо выполнять комплекс медицинских услуг стандарта, без которых невозможно выполнить требование о качестве о правильности диагностики и лечения застрахованного лица, то есть услуг с частотой предоставления 100%.

Статья 87 Закона РФ № 323-ФЗ устанавливает: «Контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется путем: 3) соблюдения объема, сроков и условий оказания медицинской помощи, контроля качества медицинской помощи фондами обязательного медицинского страхования и страховыми медицинскими организациями в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании». Из этого следует, что ТФОМС и СМО обязаны контролировать качество медицинской помощи, исходя из принципа соблюдения объемов оказания медицинской помощи, то есть набора медицинских услуг — стандарта, без которых невозможно выполнить требование о правильности диагностики и лечения застрахованного лица, то есть услуг с частотой предоставления 100%.



Необходимо отметить, что отказ от любой модели преодоления обсуждаемой юридической коллизии законов и правовой неопределенности в сфере экспертной деятельности приведет к массовому снижению качества оказания медицинской помощи в России.

Для системы экспертизы в рамках системы ОМС предлагаем вариант решения проблемы.

1. Пункт 21 статьи 3 Закона РФ № 323-ФЗ является отправным, так как вводит в оборот характеристики качества медицинской помощи:

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

Из этого определения следует, что невыполнение показанной медицинской услуги, включенной в стандарт, утвержденный нормативным актом федерального органа исполнительной власти, является ненадлежащим качеством медицинской помощи по признаку неправильности выбора методов диагностики и лечения.

2. Статья 10 Закона РФ № 323-ФЗ устанавливает: «Доступность и качество медицинской помощи обеспечиваются: 5) предоставлением медицинской организацией гарантированного объема медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».

Таким образом, гарантированным объемом услуг для правильной диагностики и правильного лечения в системе ОМС является набор медицинских услуг — стандарта, без которых невозможно выполнить требование о качестве оправильности диагностики и лечения застрахованного лица, то есть услуг с частотой предоставления 100%.

3. Статья 64 Закона РФ № 323-ФЗ и часть 6 статьи 40 Закона РФ № 326-ФЗ опре-

деляют: «Экспертиза качества медицинской помощи проводится в целях выявления нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценки своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата».

Из этого также следует, что для правильной диагностики и правильного лечения в системе ОМС необходимо выполнять комплекс медицинских услуг стандарта, без которых невозможно выполнить требование о качестве оправильности диагностики и лечения застрахованного лица, то есть услуг с частотой предоставления 100%.

4. Статья 87 Закона РФ № 323-ФЗ устанавливает: «Контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется путем: 3) соблюдения объема, сроков и условий оказания медицинской помощи, контроля качества медицинской помощи ТФОМС и СМО в соответствии с законодательством РФ об ОМС».

Из этого следует, что ТФОМС и СМО обязаны контролировать качество медицинской помощи, исходя из принципа соблюдения объемов оказания медицинской помощи, то есть набора медицинских услуг — стандарта, без которых невозможно выполнить требование о правильности выбора диагностики и лечения застрахованного лица, то есть медицинских услуг с частотой предоставления 100%.

ВЫВОД

В каждом акте МЭЭ и ЭКМП экспертам страховых компаний необходимо в заключение включать текст: «*Объем, качество и условия предоставления оказанной медицинской помощи не соответствуют определению качества медицинской помощи в соответствии с п. 21 ст. 3 Закона № 323-ФЗ и п. 6 ст. 40 Закона № 326-ФЗ по признаку неправильного выбора методов диагностики и лечения*».





ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



ПИСЬМО

от 23 декабря 2011 г.
№ 14-03-11/15-16055

В связи с обращениями медицинских организаций, работодателей по вопросам оформления листков нетрудоспособности нового образца Фонд социального страхования Российской Федерации (далее — Фонд) разъясняет отдельные положения Порядка выдачи листков нетрудоспособности, утвержденного Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 29.06.2011 № 624н (далее — Порядок).

1. В соответствии с подпунктом 2 пункта 1 статьи 7 Федерального закона от 16.07.1999 № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования» (далее — Закон № 165-ФЗ) одним из видов страховых рисков является утрата застрахованным лицом заработка (выплат, вознаграждений в пользу застрахованного лица) или другого дохода в связи с наступлением страхового случая, которым согласно пункту 1.1 указанной статьи названного закона, признаются, в частности, заболевание, травма, беременность и роды, рождение ребенка (детей). Аналогичные нормы закреплены статьей 1.3 Федерального закона от 29.12.2006 № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством».

При наступлении одновременно нескольких страховых случаев порядок выплаты страхового обеспечения по каждому страховому случаю определяется в соответствии с федеральными законами о конкретных видах обязательного социального страхования (пункт 2 статьи 7 Закона № 165-ФЗ).

Таким образом, «беременность и роды» и «временная нетрудоспособность застрахованного лица вследствие заболевания или травмы» являются разными видами страховых случаев и регулируются отдельными главами Порядка.

На основании изложенного порядок выдачи листков нетрудоспособности при заболевании, травме, урегулированный главой II Порядка, не может быть применен при выдаче листков нетрудоспособности по беременности и родам, порядок которой установлен главой VIII Порядка.

С учетом изложенного требования территориальных органов Фонда, страхователей о необходимости постановки в листке нетрудоспособности по беременности и родам подписи председателя врачебной комиссии, в том числе при осложненных родах, многоплодной беременности, при родах, наступивших в период с 28 до 30 недель беременности, при прерывании беременности при сроке до 27 полных недель беременности, при усыновлении ребенка и при проведении экстракор-



порального оплодотворения, являются необоснованными. Во всех указанных случаях достаточно подписи врача акушера-гинеколога, врача общей практики (семейного врача), а при отсутствии врача — подписи фельдшера.

2. Согласно пункту 11 Порядка, при амбулаторном лечении заболеваний (травм), отравлений и иных состояний, связанных с временной потерей гражданами трудоспособности, медицинский работник единолично выдает листок нетрудоспособности единовременно на срок до 10 календарных дней (до следующего осмотра гражданина медицинским работником) и единолично продлевает его на срок до 30 календарных дней.

Пунктом 13 Порядка предусмотрено, что при сроке временной нетрудоспособности, превышающем 30 календарных дней, решение вопроса дальнейшего лечения и выдачи листка нетрудоспособности осуществляется врачебной комиссией.

Таким образом, врачу предоставлено право самостоятельно определять период освобождения от работы с периодичностью 10 дней, но не более 30 дней подряд, по истечении которых листок нетрудоспособности продлевается по решению врачебной комиссии. При этом по решению врачебной комиссии при благоприятном клиническом и трудовом прогнозе листок нетрудоспособности может быть выдан в установленном порядке до дня восстановления трудоспособности, но на срок не более 10 месяцев, а в отдельных случаях — на срок не более 12 месяцев с периодичностью продления по решению врачебной комиссии не реже, чем через 30 календарных дней. То есть продление листка нетрудоспособности с 30-го дня производится лечащим врачом только по решению врачебной комиссии на период, ею установленный.

Если врачебная комиссия принимает решение о возможности продления листка нетрудоспособности, например, на 30 дней, то в данном случае лечащий врач должен

осуществлять продление листка нетрудоспособности каждые 10 дней (до следующего заседания комиссии) единолично.

Таким образом, исходя из норм пункта 14 Порядка, если времененная нетрудоспособность граждан превышает в общей сложности 30 календарных дней, в графе «Подпись врача» таблицы «Освобождение от работы» ставится подпись лечащего врача и председателя врачебной комиссии при каждом продлении листка нетрудоспособности по решению врачебной комиссии.

С учетом изложенного при длительном периоде лечения требование территориальных органов Фонда и страхователей о выдаче листка нетрудоспособности по решению врачебной комиссии чаще, чем через 30 календарных дней, с записью в листке нетрудоспособности в таблице «Освобождение от работы» в графах «Фамилия и инициалы врача или идентификационный номер» и «Подпись врача» фамилии и инициалов председателя врачебной комиссии и его подписи не обосновано.

3. Согласно пункту 56 Порядка, при наличии ошибок в разделе «ЗАПОЛНЯЕТСЯ ВРАЧОМ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ» бланка листка нетрудоспособности он считается испорченным, и взамен него выдается новый листок нетрудоспособности.

В целях сохранения порядка регистрации листков нетрудоспособности в журнале лечебного профилактического учреждения и предотвращения возможных злоупотреблений выдачи листков нетрудоспособности в новом бланке листка нетрудоспособности, выдаваемом взамен испорченного, в строке «дубликат » проставляется отметка «V», в строке «Дата выдачи -- » указывается дата выдачи нового листка нетрудоспособности.

С учетом изложенного пункт 3 Письма Фонда социального страхования Российской Федерации от 28.10.2011 № 14-03-18/15-12956 в этой части не подлежит применению.

А.П. Каминский





Л.Г. Авербах,

генеральный директор ООО «КОРИС ассистанс (С-Пб.)», г. Санкт-Петербург, Россия,
coris@mail.wplus.net



НАДО БЫТЬ ЧЕСТНЫМ И СКАЗАТЬ: БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНЫ БОЛЬШЕ НЕ БУДЕТ, ГОТОВЬТЕСЬ!



Ответ на статью д.э.н. Ф.Н. Кадырова «Отражение в Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» вопросов предоставления платных медицинских услуг», опубликованную в «Менеджере здравоохранения», №12 за 2011 г.

пять выходит неоднозначная статья многоуважаемого и лично знакомого мне д.э.н. Ф.Н. Кадырова, вновь посвященная платным медицинским услугам, но уже в рамках нового Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Тринадцать с половиной (!) страниц в 12-м номере журнала «МЗ» за 2011 г. занимает подробный анализ Федерального закона № 323-ФЗ, а также перекрестных с ним нормативно-правовых актов.

Я тоже постарался внимательно изучить новый ФЗ (ведь *Основы основ все-таки*), особенно в части, касающейся организации экстренной и скорой медицинской помощи, так как являюсь руководителем самой крупной частной (негосударственной, коммерческой, платной, называйте, как хотите) службы скорой медицинской помощи в стране уже около 15 лет. Специально указываю здесь срок своей работы, это окажется важным в дальнейшем.

В своем ответе я постараюсь избегать столь частого упоминания и сравнения перекрестных нормативных актов, поскольку в этом Федеральном законе № 323-ФЗ есть статья под № 3, **«Законодательство в сфере охраны здоровья»**, которая в своих п.п. 2 и 3 гласит: **«Нормы об охране здоровья, содержащиеся в других федеральных законах, иных нормативных правовых актах Российской Федерации, законах и иных нормативных правовых актах субъектов Российской Федерации, не должны противоречить нормам настоящего Федерального закона.**

В случае несоответствия норм об охране здоровья, содержащихся в других федеральных законах, иных нормативных правовых актах Российской Федерации, законах и иных нормативных правовых актах субъектов Российской Федерации, нормам настоящего Федерального закона применяются нормы настоящего Федерального закона». Поэтому другие нормативно-правовые акты можно временно «забыть», хотя без них, чувствую, не обойдется.

© Л.Г. Авербах, 2012 г.



Фарит Накипович, как всегда, выступает за платные медицинские услуги в государственных медицинских организациях (МО) и всячески пытается их оправдать. Я много лет выступаю за официальный запрет оказания платных услуг в этих МО. Кстати, термин «МО» новый для медицинского сообщества, заимствован из гражданского и налогового кодексов, раньше же были лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) и факультет, например, я заканчивал — лечебно-профилактический, но сейчас профилактикой никто не занимается — не выгодно для чиновников, с больными все проще: есть больной, значит, можно на него потратить деньги, а вот это выгодно...

Оказывается, тратить деньги в нашем государстве, как это ни парадоксально, особенно в бюджетном здравоохранении, очень выгодно — чем больше МО потратит денег, тем больше их получит!

Результатом именно такой практики является свершившийся факт — сегодня платные медицинские услуги в государственных МО разрешены этим новым Федеральным законом. К чему это приведет? На мой взгляд, ничего хорошего в этом не будет. Объясню позже, хотя я по большому счету за повсеместную платную (страховую) медицину вне зависимости от формы собственности МО.

Не выдерживают критики рассуждения Фарита Накиповича о тех статьях, где затронуты интересы экстренной и скорой медицинской помощи. На 67-й странице мой оппонент начинает цитировать статью 11. ***«Недопустимость отказа в оказании медицинской помощи, п. 2 Медицинская помощь в экстренной форме оказывается медицинской организацией и медицинским работником гражданину безотлагательно и бесплатно. Отказ в ее оказании не допускается».*** И пишет в комментариях: «данное положение гарантирует право граждан на бесплатное получение экстренной медицинской помощи. Оказание экстренной медицинской помощи не может быть обусловлено требованием ее оплаты».

Я абсолютно с этим согласен. Но дальше Фарит Накипович делает, на мой взгляд, достаточно странные выводы: «за гражданином сохраняется право на получение экстренной медицинской помощи на платной основе». Что имеет в виду Фарит Накипович? Обращение гражданина в негосударственные МО? Конечно, такое право у него есть. Но при обращении в государственную МО такое право означает право выбора между бесплатной и платной экстренной медицинской помощью именно в данной государственной МО. Подчеркиваю — речь идет не о выборе уровня комфортности или иных сервисных услугах, а о медицинской помощи, необходимой по экстренным показаниям для ликвидации или предупреждения осложнений, угрожающих жизни или здоровью пациента.

Попробуйте поставить себя перед таким выбором. При этом учтите, что у Вас, как и у большинства граждан РФ, нет медицинского образования, что Вы находитесь не в лучшем состоянии здоровья, или, если Вы родственник пациента, в состоянии жесткого стресса. Прибавьте к этому дефицит времени для принятия решения и ограничение в источниках информации — практически ее единственным доступным источником является врач МО, то есть лицо заинтересованное. И Вы действительно считаете, что полученный в таких условиях письменный отказ от бесплатной экстренной помощи и согласие на платную помочь являются добровольными и информированными? Вы уверены, что потеря времени, затраченного на такой выбор, не противоречит принципу безотлагательности, декларируемому статьей 11 рассматриваемого нами ФЗ? Вам действительно кажется, что принуждение к такому выбору не противоречит принципам медицинской этики и основам нравственности?

Представляется, что любой договор на оказание платных медицинских услуг, заключенный в таких условиях, может быть оспорен в суде на основании следующих статей Гражданского кодекса РФ:





• Статья 169 «Сделка, совершенная с целью, заведомо противной основам правопорядка или нравственности, ничтожна».

• Статья 177, п. 1 «Сделка, совершенная гражданином, хотя и дееспособным, но находившимся в момент ее совершения в таком состоянии, когда он не был способен понимать значение своих действий или руководить ими, может быть признана судом недействительной по иску этого гражданина либо иных лиц, чьи права или охраняемые законом интересы нарушены в результате ее совершения

Напоминаю, что право на получение экстренной бесплатной медицинской помощи не только соответствует основам нравственности и социальным ожиданиям подавляющего большинства граждан РФ, но и защищено упомянутой выше статьей 11, п. 2 рассматриваемого ФЗ.

Из всего вышесказанного можно сделать единственное правильное заключение: при обращении гражданина РФ в государственную МО **экстренная медицинская помощь** ему должна **оказываться бесплатно**, без альтернативных предложений.

Следующие выводы еще более странные. Фарит Накипович пишет, что экстренная медицинская помощь может быть оказана в рамках программ ДМС, а также в рамках договоров с предприятиями — ведь граждане в этом случае ничего не платят МО, значит, Закон не нарушается, считает оппонент. Глубочайшее заблуждение, **граждане платят!** **Платят налоги.** Это, кстати, основная обязанность гражданина РФ.

Оказание экстренной медицинской помощи гарантировано государством в виде различных программ государственных гарантий (федеральных и региональных), или они уже перестают действовать? Нет, вот статья 80 обсуждаемого ФЗ. «**Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи**, п. 1. **В рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи** предлагаются: ... скорая медицинская помощь...».

«**ГОСУДАРСТВЕННАЯ ГАРАНТИЯ**» на бесплатную скорую медицинскую помощь — это не пустой звук! А о бесплатности мы еще поговорим чуть позже.

Почему же предприятия или страховая компания должны платить за граждан еще раз, когда все оплачено бюджетом? Все знают ответ — чтобы государственная МО могла заработать больше денег, ведь теперь в случаях оказания экстренной медицинской помощи с гражданина их будет не взять, ответственность наступит.

Дальше следуют непонятные рассуждения об оплате экстренной медицинской помощи. Ведь кто-то, по мнению Фарита Накиповича, должен все-таки оплатить экстренную помощь государственным МО, и автор с блеском находит, кто это будет делать: да все те же страховые компании в рамках ОМС или ДМС! Ведь Фариту Накиповичу так хочется, чтобы запрещенную новым Законом оплату экстренной медицинской помощи кто-нибудь все-таки осуществил. Богатые страховые компании — вот выход из сложившейся ситуации.

За все надо платить, даже за оставшуюся бесплатную часть медицины — вот основной тезис публикации Фарита Накиповича!

Но давайте все-таки разберемся с оплатой скорой медицинской и экстренной медицинской помощи. Процитирую полностью статью 11. «**Недопустимость отказа в оказании медицинской помощи**. 1. Отказ в оказании медицинской помощи в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и взимание платы за ее оказание медицинской организацией и медицинскими работниками такой медицинской организации не допускаются. 2. **Медицинская помощь в экстренной форме оказывается** медицинской организацией и медицинским работником гражданину безотлагательно и **бесплатно**. Отказ в ее оказании не допускается».

Может быть, уважаемый Фарит Накипович, Вы и правы, что организации, включая



страховые компании, могут оплачивать скорую и экстренную медицинскую помощь и не важно, что оказание скорой медицинской помощи входит в Программу государственных гарантий, которые упомянуты в статье 80, а вот «принять» деньги за скорую и экстренную медицинскую помощь (кстати, критериев различия между этими терминами я не вижу или кто-то их знает?) государственные МО не могут, вот в чем фокус! Ни наличные, ни безналичные. Может быть, оппонент не знает, какие бывают платежи, он думает, оплата — это когда гражданин платит наличными, банковской картой или чеком; так нет, платежи бывают в натуральной и денежной форме, кстати, организация может оплачивать услуги как наличными, так и безналичными средствами. Размер оплаты наличными для юридических лиц устанавливается в законодательном порядке и сейчас составляет не более 100 тыс. руб. в день, раньше было 60 тыс. руб. в день. А вообще платежи бывают не только безналичным переводом посредством платежного поручения, но могут проводиться и аккредитивами, и инкассо, и векселями.

О бесплатности скорой медицинской помощи, кроме программ государственных гарантий, сказано и в статье 35, которую я процитирую ниже. А теперь обратите внимание на слова, указанные в разбираемой нами статье 11: «взимание платы» и «бесплатно». Думаю, что при толковании судом различных нормативных и законодательных актов, а также гражданско-правовых договоров принимается во внимание буквальное значение содержащихся в них слов и выражений. «Взимание платы не допускается», так вот расшифровка буквального значения этого выражения: плату взимать нельзя! Ни с гражданина, ни с организации. Ни с кого нельзя! Или где-то в этом Законе, может я пропустил, сказано, что государственная МО может взимать плату за оказание экстренной медицинской помощи с организаций или страховых компаний? А слово «бесплатно» даже комментировать как-то неудоб-

но, бесплатно оно и в Африке бесплатно, что для граждан, что для различных организаций...

Следовательно, заплатить-то организация или страховая компания, конечно, может, а вот взять деньги за экстренную и безотлагательную медицинскую помощь государственная или муниципальная МО и медицинские работники не могут. Закон не позволяет.

Граждане платят налоги, в том числе на здравоохранение и социальное развитие: 13% подоходного налога от своей зарплаты и еще 5,1% платит работодатель от начислений на заработную плату, с 2012 г. это будет только в федеральный фонд ОМС. В 2011 г. платеж этот был разделен: в территориальный фонд ОМС перечислялось 2%, а в федеральный фонд — 3,1%. Почему с 2012 г. это изменилось, я не знаю, думаю, что к территориальным фондам ОМС меньше доверия, да и в одном месте деньги сохраннее будут и под государственным оком...

Делаю такой правильный вывод: государственные МО должны оказывать всем гражданам экстренную медицинскую помощь **только бесплатно**. Государство должно компенсировать оказание экстренной бесплатной медицинской помощи **только** медицинским организациям частной системы здравоохранения и государственным МО, у которых нет отделений экстренной помощи, например, профильные МО (онкологические, туберкулезные и др.) и МО, занимающиеся плановым лечением пациентов (всевозможные «институты мозга, гриппа, гематологии» и т.п.). Это указано в статье 83, п. 10, которая будет процитирована ниже.

Теперь самое главное — скорая медицинская помощь.

*Статья 35, «**Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь***

п. 1. Скорая медицинская помощь оказывается гражданам при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства. Скорая меди-





цинская помощь медицинскими организациями государственной и муниципальной систем здравоохранения оказывается гражданам бесплатно».

Что тут не понятно, и чем, кстати, отличается экстренная медицинская помощь от срочного медицинского вмешательства? Риторические вопросы... Я бы, кстати, в данном ФЗ заменил бы везде слово «скорая», на слово «экстренная», и тут бы все встало на свои места. Экстренная медицинская помощь — это та помощь, которая оказывается гражданам при угрожающих жизни и здоровью состояниях. А вот «скорая медицинская помощь» — это служба такая, которая эту помощь бесплатно и оказывает. Тогда и путаницы не будет: экстренная помощь оказывается бесплатно всеми МО вне зависимости от формы собственности и это правильно, нечего рассуждать о деньгах, когда человек умирает, а государство должно компенсировать такие услуги МО, которые я уже упомянул, и частным в первую очередь. То есть если пациент обращается в МО частной системы здравоохранения, заключает с ней договор и оплачивает экстренную или скорую медицинскую помощь (даже при угрожающих жизни состояниях), то нет проблем, а если договора нет, а просто нужна экстренная медицинская помощь по жизненным показаниям, а пациент оказался рядом, например, с частной МО — компенсация от государства. Статья 83. **«Финансовое обеспечение оказания гражданам медицинской помощи и санаторно-курортного лечения», п. 10. Расходы, связанные с оказанием гражданам бесплатной медицинской помощи в экстренной форме медицинской организацией, в том числе медицинской организацией частной системы здравоохранения, подлежат возмещению в порядке и в размерах, установленных Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».** Вот и все, так просто!

Правда, пока механизм возмещения не понятен. В Законе прописано, а как возме-

щать не понятно, и какая организация это будет делать тоже не понятно. Разберемся, придет время...

Признаю спорными рассуждения Фарита Накиповича про граждан: гражданам-то экстренная медицинская помощь, конечно, бесплатно, против Закона не пойдешь, а вот организации будьте добры заключить договоры на оказание услуг скорой медицинской помощи. И опять вопрос Фариту Накиповичу, а зачем? Например, я руководитель не медицинской организации, да мне и в голову не придет прийти на городскую (муниципальную), заметьте государственную, станцию скорой медицинской помощи и заключить договор на оказание этой самой помощи. А если нет договора, то не приедут? Или будут, как сейчас у нас в городе: «...без договора (а договор — значит оплата) к вам (в частный медицинский центр) за больным не поедем..., пусть больной выйдет на улицу и сам вызовет «скорую помощь», тогда мы приедем, а так нет...». Помните, на первом курсе медицинского института учили: «Здоровье больного превыше всего», как раз тот случай...!

На наш вопрос руководству Городской станции скорой помощи, что они обязаны осуществлять перевозки по заявке медицинских работников, согласно Приказу Минздравсоцразвития РФ от 01.11.2004 № 179 (ред. от 15.03.2011) «Об утверждении порядка оказания скорой медицинской помощи», и в нем почему-то не сказано, что медицинские работники могут быть только в государственных МО, нам ответили: «...а откуда мы знаем, что это вызывают медицинские работники? А раз не знаем, значит, не поедем!». Я уже не говорю про то, что лицензию нам дает Комитет по здравоохранению, которому подчиняется городская «скорая», и кто медицинский работник, а кто нет, там хорошо знают. То есть получается так: родственники могут вызывать государственную (городскую) скорую помощь, сослуживцы тоже, прохожие, сотрудники полиции, медицинские работники государственных МО, да и просто любой гражданин любому



гражданину и т.д., а вот медицинские работники частной системы здравоохранения нет! Потому что должны заплатить! И это — позиция СПб Комитета по здравоохранению.

Правда, по поводу договоров на оказание услуг скорой медицинской помощи за плату Фарит Накипович все-таки приводит примеры. Какие услуги, например, должны входить в эти договоры: «обслуживание спортивных, массовых и других мероприятий и т.п.», то есть, как я понимаю, так называемые «дежурства на мероприятиях». Хотя это тоже не законно. Попробую объяснить это здесь и сейчас. Возьмем уже упомянутый Приказ Минздравсоцразвития РФ № 179 от 1 ноября 2004 г. (в ред. Приказов Минздравсоцразвития РФ от 02.08.2010 № 586н и от 15.03.2011 № 202н), ну, никак без перекрестных документов не получается, и внимательно прочитаем там п. 7: «**Основными функциями станции скорой медицинской помощи являются** (оказывается их всего две — первые по списку — остальные не так принципиальны, но приведу для примера все):

- круглосуточное оказание своевременной и качественной медицинской помощи в соответствии со стандартами медицинской помощи заболевшим и пострадавшим, находящимся вне лечебно-профилактических учреждений; при катастрофах и стихийных бедствиях;
- осуществление своевременной транспортировки (а также перевозки по заявке медицинских работников) больных, в том числе инфекционных, пострадавших и рожениц, нуждающихся в экстренной стационарной помощи;
- оказание медицинской помощи больным и пострадавшим, обратившимся за помощью непосредственно на станцию скорой медицинской помощи в кабинете для приема амбулаторных больных;
- извещение муниципальных органов управления здравоохранением обо всех чрезвычайных ситуациях и несчастных случаях в зоне обслуживания станции скорой медицинской помощи;

- обеспечение равномерного комплектования выездных бригад скорой медицинской помощи медицинским персоналом по всем сменам и полное обеспечение их согласно примерному перечню оснащения выездной бригады скорой медицинской помощи».

Тут еще надо сделать акцент на слово «своевременной». Оказывая различные платные услуги, государственные станции (отделения) скорой медицинской помощи (03) никак не будут *своевременно* приезжать к гражданам, имеющим право на бесплатную скорую медицинскую помощь, и как не крути (машина больше не становится), если страховые компании в рамках ДМС будут вызывать городскую службу «своим» застрахованным вне независимости от повода к вызову, а по договору платных услуг, страдать будут все, особенно те, кому скорая (экстренная) помощь нужна незамедлительно. Так что я еще раз повторяю — нельзя никому платить за скорую помощь в государственной МО, а государственная, в том числе и федеральная «скорая», ни с кого не должна брать оплату за свои услуги, а если они это делают, то пусть вступит в силу Уголовный кодекс РФ, ну, в крайнем случае Административный.

Наверное, другие функции станции скорой медицинской помощи скрываются где-то в других, не опубликованных или не подписанных нормативных актах. В таком случае придется напомнить статью 15 действующей Конституции РФ, п. 3: «Законы подлежат официальному опубликованию. Неопубликованные законы не применяются». В этом нормативном акте (Приказ Минздравсоцразвития РФ № 179), в перечисленных функциях, ничего про дежурства не сказано. Нельзя бригадам государственных «скорых» дежурить и бесплатно, и за плату; и этот Приказ Министерства действует с 2004 г.! Или, может быть, оппонент имеет в виду, что это «основные функции», а есть еще и не основные, вот по ним то и можно, наверное, дежурить...

Что касается дежурств на различных мероприятиях государственных служб скорой





медицинской помощи, ставим всех в известность, что государственные службы скорой медицинской помощи не занимаются профилактикой травм и заболеваний и не могут осуществлять эту деятельность законно. Платные и бесплатные дежурства государственных бригад скорой медицинской помощи на различных мероприятиях находятся вне правового поля.

Для коммерческих «скорых» нет проблем с дежурствами, так как эта услуга считается не медицинской, мы просто платим дополнительно НДС государству. Государственная скорая медицинская помощь, конечно, может бесплатно дежурить в тех случаях, где с высокой степенью вероятности могут быть пострадавшие, это, естественно, не футбольный матч или соревнование по борьбе, а например, разминирование, аварийная посадка самолета, пожар (дежурство на пожаре в нашем городе, достаточно частый повод для вызова скорой помощи), чрезвычайные ситуации и т.п.

Дальше Фарид Накипович пишет: «...для иных МО (не относящихся к государственной и муниципальной системам здравоохранения) Закон не устанавливает обязательного требования оказания скорой медицинской помощи на бесплатной для населения (смотрите уже не граждане, а население) основе. То есть **легализует частные службы скорой медицинской помощи, которые до этого (до введения этого ФЗ) существовали фактически на нелегальной основе**».

Получается, что государственные «скорые» оказывают помощь гражданам, а частные — населению.

Не скрою, именно этот пассаж о «нелегальности» существования частных служб скорой помощи в РФ до 01 января 2012 г. и побудил меня принять участие в обсуждении статьи уважаемого автора и поэтому остановлюсь на этом более подробно.

Не будем акцентировать внимание на том безусловном факте, что данное утверждение порочит деловую репутацию всех руководителей частных служб скорой помощи РФ.

Попробуем проанализировать истинность этого утверждения о нелегальном существовании частных «скорых» хотя бы на примере руководимого мною на протяжении практически 15 лет (!) ООО «КОРИС ассистанс (СПб)». В течение всего этого периода компания под моим руководством осуществляла свою деятельность в соответствии с лицензией, выданной и своевременно продлеваемой (сейчас продлевать медицинские лицензии не нужно, Федеральный закон № 99-ФЗ от 4 мая 2011 г.) Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, полномочия которой в Санкт-Петербурге переданы Комитету по здравоохранению, сотрудником которого в описываемый период являлся уважаемый Фарид Накипович.

Лицензия выдавалась в полном соответствии с Постановлением Правительства РФ от 22 января 2007 г. № 30 «Об утверждении положения о лицензировании медицинской деятельности» (в ред. Постановлений Правительства РФ от 07.04.2008 № 241, от 21.04.2010 № 268, от 24.09.2010 № 749). «Приложение о лицензировании медицинской деятельности перечень работ (услуг) при осуществлении медицинской деятельности». В данном Постановлении среди видов медицинской деятельности прямо упоминается: *скорая медицинская помощь*.

С уважением отношусь к охраняемому Конституцией РФ праву автора иметь любое личное мнение, однако публикация в уважаемом журнале — это не запись в блоге и соответственно требует корректности и доказательности.

Мне кажется, что отменить законную работу частной скорой медицинской помощи можно только двумя путями: внести в указанное выше Приложение Постановления Правительства РФ текст: **«скорая медицинская помощь только для государственных и муниципальных МО»** или внести в обсуждаемый ФЗ точную формулировку: **«оказание скорой медицинской помощи МО частной системы здравоохранения запрещено»**.



А вот что может быть, когда из Положения о лицензировании медицинской деятельности убирают, например, строчку «транспортировка больных» — безусловно, для либерализации бизнеса. В СПб постепенно организовалось около 30 различных конторок и ЧП (частных предпринимателей), которые стали осуществлять эту «законную» деятельность, ведь все, что не запрещено законом, разрешено. Проблема всталась только с налогами, да кто их платит... Не нужна регистрация, офис, лицензия и т.п., сам себе хозяин, взял деньги за перевозку и положил их в карман. Понятно, что они будут инвестированы в Российскую экономику, но налогов от такой деятельности не прибавится. Да еще на каких машинах и кто этих несчастных пациентов будет возить, по каким демпинговым ценам? Ведь ничего не надо: купил за бесценок старое медицинское «корыто», снял «мигалки», посадил двух людей, не имеющих медицинского образования, дал рекламу в Интернете «такси для лежачих больных», а еще добавляют: «дешевле, чем у частных скорых», и что может случиться, когда понадобится реальная медицинская помощь и кто за это будет отвечать...? И кто это должен контролировать? У них у всех практически нет даже адресов и названий, только мобильный телефон в рекламе. Неинтересная тема для государства!

Лучше бы автор рассказал про отделения скорой медицинской помощи в федеральных МО, которые получили (ключевое слово «получили») машины скорой помощи от государства, помещение от государства, оборудование и медикаменты тоже от государства, да и заработную плату им платит все тоже государство с **наших налогов** и как они много лет оказывали услуги скорой медицинской помощи за плату, в совершенно неконкурентной среде. На мой запрос Министру здравоохранения и социального развития Т.А. Голиковой: «Почему во время действующих на 2011 г. «Основах», декларирующих бесплатность оказания скорой медицинской

помощи организациями любого вида собственности, федеральные МО оказывали платные услуги по скорой медицинской помощи?», пришел ответ: «Государство выделило деньги на машины скорой помощи, чтобы федеральные МО больше зарабатывали».

Кстати, часто упоминаемая мною статья 35, п. 7 *«Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь, Федеральные государственные учреждения вправе осуществлять медицинскую эвакуацию в порядке и на условиях, установленных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти»*, четко прописывает, что скорая медицинская помощь федеральными МО платно оказываться не может, так как является государственной, а федеральные МО могут только осуществлять бесплатную эвакуацию пациентов, то есть транспортировку.

В Санкт-Петербурге таких федеральных МО четыре (названия МО указаны по состоянию на 2011 г.): ФГУЗ Клиническая больница № 122 им. Л.Г. Соколова ФМБА России (КБ № 122); СПб Государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова (ГМУ); ФГУ «КДЦ с поликлиникой» Управления делами Президента РФ в СПб (КДЦ); СПб клинический комплекс ФГУ «Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова» (НМХЦ), бывш. ФГУ «СЗОМЦ». И выпускают они на линию примерно 15 машин скорой помощи, что составляет около 40% всего рынка платных услуг, ведь бесплатно они вообще не работают.

За 15 лет своей работы руководителем частной скорой помощи имею такой результат: я — лучший в СПб топ-менеджер отрасли по итогам 2006 и 2008 гг., у нас 20 машин скорой помощи, более 300 сотрудников, из них более 100 сертифицированных врачей, наша компания внесена в Книгу Рекордов Санкт-Петербурга в 2004 г., мы обслуживаем до 100 пациентов в день, в том числе и по договорам ДМС, наша скорая — первая в независимом рейтинге всех служб





скорой помощи г. Санкт-Петербурга в 2009 г. и опережает даже ГУЗ (с 1 января 2012 г. ГБУЗ) «Городская станция скорой медицинской помощи», я на 7-м месте по рейтингу влиятельности (самые влиятельные люди в системе здравоохранения Санкт-Петербурга) в 2010 г., с 2005 г. данные обо мне публикуются в ежегодном справочнике «Кто есть Кто в СПб.», а с 2006 г. в справочнике «Кто есть Кто в России» нас знают практически все МО (бывшие ЛПУ) Санкт-Петербурга и Ленинградской обл., а еще мы открыли в 2002 г. первый в стране платный травматологический пункт, который тоже на первом месте в рейтинге подобных услуг в 2011 г. и тоже принимает до 100 человек в день, а еще мы **платим налоги...**

А вообще-то, прочитав внимательно данный Федеральный закон, я сделал следующие выводы, почему-то во многом прямо противоположные выводам Фарита Накиповича:

1. Платные медицинские услуги в государственных и муниципальных медицинских организациях с 1 января 2012 г. при оказании различных видов медицинской помощи разрешены (статья 84, п. 5).

2. Каждый гражданин РФ имеет право на получение любых платных медицинских услуг, в том числе и в соответствии с договором добровольного медицинского страхования (статья 19, п. 5), кроме оказания скорой медицинской помощи и медицинской эвакуации (транспортировки больных) (статьи 35 и 80).

Статья 35, п. 1. данного ФЗ не предусматривает расширенного толкования и прямо запрещает оказание скорой медицинской помощи выше перечисленным МО за плату, как за наличный, так и безналичный расчет.

3. Граждане РФ имеют право оплачивать платные медицинские и немедицинские услуги при оказании медицинской помощи (статья 84, п. 1, 2), но не могут оплачивать оказание скорой медицинской помощи и медицинскую эвакуацию как в государственных, так и в федеральных медицинских организациях.

4. Всем государственным, в том числе федеральным медицинским организациям, запрещается оказывать платную скорую медицинскую помощь. Оказание таких услуг с января 2012 г. незаконно и влечет за собой административную и уголовную ответственность руководителей за нарушение действующего законодательства (статья 98). Федеральные медицинские организации могут оказывать только бесплатную медицинскую эвакуацию (статья 35, п. 7).

5. В случае оказания бесплатной медицинской помощи в экстренной форме медицинской организацией частной системы здравоохранения ее расходы подлежат возмещению (статья 83, п. 10).

Теперь вернемся к вопросу, к чему приведут повсеместные платные услуги в государственных МО? Теперь бесплатная медицинская помощь регламентируется только государственными гарантиями, которые предлагает Правительство РФ ежегодно, то есть если есть деньги у Правительства — есть гарантии, нет денег..., продолжите сами этот логический ряд. Статья 80 нашего ФЗ: **«Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, п. 4.** государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи утверждается сроком на три года (на очередной финансовый год и на плановый период) Правительством Российской Федерации, которое ежегодно рассматривает представляемый уполномоченным федеральным органом исполнительной власти доклад о ее реализации».

Давайте мы прочитаем 41 статью Конституции, п. 1 «*Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений.*»

Вот статья 15, п. 1 «Конституция Российской Федерации имеет высшую юридическую



силу, прямое действие и применяется на всей территории Российской Федерации. Законы и иные правовые акты, принимаемые в Российской Федерации, не должны противоречить Конституции Российской Федерации».

К чему же приведет совмещение платных и бесплатных медицинских услуг в государственных и муниципальных МО:

1. Бесплатные медицинские услуги в государственных и муниципальных МО, безусловно, сохранятся, однако их доступность будет прогрессивно снижаться. Разумеется, никто не будет противоправно отказывать гражданину РФ в бесплатной медицинской услуге, но существует множество «легальных» механизмов, равноценных отказу, например: очередь в несколько месяцев на бесплатную услугу, бесплатное оказание данной услуги только в другой МО, находящейся на значительном расстоянии от места жительства, прием «бесплатного» специалиста только утром, в рабочие дни и т.д. В этих специально создаваемых условиях больному (помните еще, что это производное от слова «боль») будет легче заплатить, чем ждать бесплатных услуг, ведь болит у него сегодня, а помочь предлагают через какое-то время. Понятно, что платные медицинские услуги в обозримом будущем вытеснят практически все бесплатные.

2. Деньги, полученные государственными МО за платные услуги, никоим образом не будут направлены на развитие бесплатных услуг, ведь это экономически невыгодно, да и рассматриваемый ФЗ этого не требует. В лучшем случае они будут направлены на обеспечение и развитие платных услуг, в худшем — на премии «управленцев» от медицины.

3. Прогрессирующее нарастание объема платных услуг в сочетании с прогрессирующим сокращением объема услуг бесплатных может привести к сокращению государственного финансирования МО.

4. В условиях сниженного государственного финансирования система бесплатной медицинской помощи будет постепенно умирать.

Перспектива достаточно мрачная, но в свете приведенного в обсуждаемой статье толкования нового ФЗ вполне реальная. Я не одинок в своих оценках, достаточно привести высказывание доктора Леонида Рошаля от 17 ноября 2011 г. — его последнюю попытку остановить введение в действие уже принятого Государственной Думой и одобренного Советом Федерации Федерального закона № 323-ФЗ: *«Россия в скором времени может потерять систему здравоохранения, гарантирующую, согласно Конституции, бесплатную помощь гражданам».*

Вначале своего ответа я упомянул, что я — за платную медицину. Я даже не против, если государство за счет внебюджетных фондов будет создавать МО, занимающиеся исключительно предоставлением платных медицинских услуг. Я категорически возражаю лишь против одновременного существования платных и бесплатных медицинских услуг в одной и той же государственной МО. Другими словами, обеспечивать развитие и финансирование платных медицинских услуг можно только за счет сокращения финансирования услуг бесплатных — четыре правила арифметики нельзя отменить даже Федеральным законом. Надо быть честным и сказать: бесплатной медицины в скором времени больше не будет, это неприятно, но неизбежно, готовьтесь — а не пытаться вместо этого на 13,5 страницах доказать, что платные услуги в государственных МО допустимы.

P.S. Готов доказывать свою правоту в суде вместе с Обществом защиты прав потребителей, оно будет защищать не меня, а граждан РФ, которых будут принуждать и которые будут вынуждены оплачивать «бесплатные» медицинские услуги, в частности, экстренную и скорую медицинскую помощь.

P.P.S. Благодарю за помощь в подготовке материала: начмеда по педиатрии ООО «КОРИС ассистанс (СПб)» Кантера Михаила Израилевича, главного бухгалтера компании Козлову Марину Александровну и Авербах Ирину Александровну,





директора по рекламе и PR ООО «КОРИС ассистанс (СПб)».

Все, кто хочет вступить со мной в индивидуальную полемику по упомянутым в моей статье вопросам, могут написать мне на наш электронный адрес: coris@mail.wplus.net. С удовольствием

приму любую критику в свой адрес, только не анонимную, как это часто бывает.

Спасибо тем, кто внимательно прочитал мою статью. Мне будет приятно, если сведения, изложенные в данной статье, помогут кому-нибудь в его нелегком труде на ниве отечественного здравоохранения.



От редакции:

Продолжаем дискуссию, развернувшуюся вокруг проблемы оказания платных медицинских услуг. Она в данном случае касается больше противостояния государственного и частного здравоохранения. Это только одна из граней проблемы. Приглашаем наших читателей высказывать свое мнение по этим вопросам.

Шеф-редактор Н.Г. Куракова

Ф.Н. Кадыров

ПЛАТНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ: СОЗДАНЫ ЛИ МЕХАНИЗМЫ ЧЕТКОЙ РЕГЛАМЕНТАЦИИ ИЛИ НАИЛУЧШЕЙ ПЕРСПЕКТИВОЙ ЯВЛЯЮТСЯ ЗАПРЕТЫ?

Прежде всего хочу выразить признательность уважаемому Льву Григорьевичу за крайне интересный материал, за детальный разбор моей статьи. Он о многом заставил задуматься. Дал пищу для размышлений. И повод подискутировать.

Хотя бы по поводу фразы: «Фарит Накипович выступает за платные медицинские услуги в государственных медицинских организациях (МО) и всячески пытается их оправдать».

Прежде всего отмечу, что я вовсе не выступаю за платные медицинские услуги в государственных и муниципальных медицинских организациях. Процитирую пару фраз из своей статьи двухлетней давности под названием: «Запретят ли платные услуги в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения?», опубликованной во 2-м номере журнала «Менеджер здравоохране-

ния» за 2009 год: «В перспективе предпринимательская деятельность (по крайней мере, в форме оказания платных услуг населению за наличный расчет) должна быть выведена за пределы бюджетных медицинских учреждений и сконцентрирована в учреждениях частного сектора. Другими словами, желательно, чтобы бюджетные учреждения вообще не занимались платными услугами — такое совмещение всегда чревато нарушениями (либо финансовыми, либо прав граждан на бесплатную медицинскую помощь)». Другое дело, как это было показано в статье, пока нет условий, нет возможности это осуществить на практике.

А вот кто реально выступает сейчас за цивилизованные платные медицинские услуги в государственных и муниципальных учреждениях, так это Правительство Российской Федерации. Это видно из



Пояснительной записки, направленной Правительством Российской Федерации одновременно с проектом Федерального закона «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений». В ней говорится о том, что законопроект «направлен на повышение эффективности предоставления государственных и муниципальных услуг при условии сохранения (либо снижения темпов роста) расходов бюджетов на их предоставление, путем создания условий и стимулов для сокращения внутренних издержек учреждений **и привлечения ими внебюджетных источников финансового обеспечения...**».

Позиция Правительства Российской Федерации в отношении платных услуг отражена и в подготовленном им Федеральном законе Российской Федерации от 21.11.2011 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее — Основы).

Мою же позицию по поводу платных услуг можно выразить следующим образом:

— платные медицинские услуги в государственных (муниципальных) учреждениях — вынужденная мера и в перспективе (при создании необходимых условий) платные услуги за счет личных средств граждан должны быть выведены за пределы этих учреждений;

— платные медицинские услуги должны иметь четкое правовое и экономическое регулирование (в том числе и для того, чтобы возмещались все затраты по оказанию платных услуг, и не допускался демпинг, препятствующий нормальной рыночной конкуренции со стороны частных клиник) и Основы — серьезный положительный шаг в этом направлении;

— недопустимы необоснованные ограничения прав граждан как на получение бесплатной медицинской помощи, так и на получение платных медицинских услуг (что означает одновременно и недопустимость ограничения прав государственных (муниципальных) учреждений на их оказание).

Лев Григорьевич, как ему кажется, находит корень зла общественного здравоохранения: «...чем больше МО (медицинская организация — ред.) потратит денег, тем больше их получит!». Если б это было так! Конечно, ему не приходилось видеть ужасающие сводки кредиторской задолженности государственных учреждений, анализировать насколько их финансирование далеко от реальной потребности. Но суть не в этом. Будь это действительно так, как он пишет, зачем государственным и муниципальным учреждениям платные услуги — тратили бы в неограниченных объемах государственные деньги и жили припеваючи!

Лев Григорьевич живописно расписал ситуацию выбора гражданином между платной и бесплатной экстренной помощью и патетически завершил ее словами: «Вам действительно кажется, что принуждение к такому выбору не противоречит принципам медицинской этики и основам нравственности?».

А разве я ратую за принуждение? А разве на практике нет принуждения платить в карман персоналу? А разве я хоть где-то писал о том, что прежде, чем оказывать экстренную помощь, нужно предлагать пациентам платные услуги? Удобно спорить с заведомо проигрышными доводами, приписанными оппоненту!

«Из всего вышесказанного можно сделать единственное правильное заключение: при обращении гражданина РФ в государственную МО **экстренная медицинская помощь ему должна оказываться бесплатно**, без альтернативных предложений», — делает вывод Лев Григорьевич.

Увы, к сожалению, в данном случае не совсем, на наш взгляд, правильное. Ведь почему-то Лев Григорьевич стыдливо обошел частные клиники. А ведь часть 2 статьи 11 Основ звучит так: «Медицинская помощь в экстренной форме оказывается медицинской организацией и медицинским работником гражданину безотлагательно и бесплатно. Отказ в ее оказании не допускается».





На основании чего это требование стало вдруг распространяться исключительно на государственные медицинские организации? Где-то сказано, что клиника того же Льва Григорьевича может оказывать экстренную помощь за плату? Давайте приедем к общему основанию: либо предлагать платные медицинские услуги при оказании экстренной медицинской помощи нельзя никому, в том числе и Вам — Ваши сотрудники прежде всего обязаны проинформировать гражданина о праве на бесплатную медицинскую помощь и лишь потом предложить получить ее за плату (тогда придется закрыть Вашу клинику), либо предлагать (а не вынуждать) может любая медицинская организация.

Я лично выступаю за то, чтобы подобных вопросов не возникало. Я за то, чтобы для частных медицинских организаций было четко прописано право оказывать экстренную медицинскую помощь за плату, если гражданин осознанно отказался от своего права получить ее в частной клинике бесплатно (а право такое он имеет!). Давайте переведем дискуссию в конструктивное русло и подумаем — что для этого нужно?

Что касается государственных (муниципальных) учреждений, то, возможно, действительно стоит запретить им предлагать платные услуги за счет средств граждан при оказании экстренной медицинской помощи. Но пока такого законодательного запрета нет.

Это по закону. С этической же точки зрения, предлагать платные услуги при необходимости оказать экстренную медицинскую помощь «не хорошо» и в государственных, и в частных организациях.

Господина Л. Авербаха возмущает моя фраза: «Кроме того, экстренная медицинская помощь может быть оказана и в рамках программ добровольного медицинского страхования, а также в рамках договоров с предприятиями — ведь граждане в этом случае ничего не платят медицинской организации».

«Глубочайшее заблуждение, *граждане платят! Платят налоги!*».

Оставим на совести моего оппонента подмену понятий (если исходить из тезиса господина Л. Авербаха, то бесплатного оказания гражданам медицинской помощи вообще не существует. И зачем тогда, спрашивается, копья ломать по поводу бесплатности медицинской помощи в государственных медицинских организациях?).

«Ничего не платят медицинской организации» означает только то, что граждане в этом случае «ничего не платят медицинской организации» и ничего более. Это никак не отрицает ни уплату ими налогов, ни страховой премии (страховых платежей) в страховые организации в рамках ДМС и т.д.

«Почему же предприятия или страховая компания должны платить за граждан еще раз, когда все оплачено бюджетом?» — вопрошают он.

А разве я писал, что они «должны»? Страховая организация или предприятие **имеют право** заключить договор с медицинскими организациями государственной (муниципальной) системы здравоохранения на оказание в том числе и экстренной медицинской помощи. И активно это делают, что, конечно же, хорошо известно господину Л. Авербаху. Пойдите, попробуйте сказать руководству какой-нибудь серьезной частной фирмы о том, что они не имеют права лечиться по ДМС при необходимости оказания экстренной помощи! Пойдите, скажите страховым организациям, работающим в системе ДМС, о том, что Вы боретесь за то, чтобы они не оплачивали экстренную помощь! Вы думаете, что они Вас поблагодарят за это?

Поэтому дальше не буду комментировать другие фрагменты, где Лев Григорьевич вновь и вновь пытается вложить другой смысл в мои однозначные фразы о праве, а не об обязанности организаций заключать договоры на оказание экстренной медицинской помощи.

«*За все надо платить, даже за оставшуюся бесплатную часть медицины — вот основной тезис публикации Фарита Накиповича!*» — заключает Лев Григорьевич. Не



понимая, очевидно, при этом (или делая вид, что не понимает), что если за это заплатят «богатые страховые компании», то за это не будет платить ни население своими налогами, ни государство за счет этих налогов. Чем это плохо-то? Кому от этого плохо? ДМС-то — это ДОБРОВОЛЬНОЕ страхование. Или Льву Григорьевичи и здесь чудится принуждение?

Еще одна фраза Льва Григорьевича: «Может быть, уважаемый Фарит Накипович, Вы и правы, что организации, включая страховые компании, могут оплачивать скорую и экстренную медицинскую помощь, и не важно, что оказание скорой медицинской помощи входит в Программу государственных гарантий, которые упомянуты в статье 80, а вот «принять» деньги за скорую и экстренную медицинскую помощь ... государственные МО не могут, вот в чем фокус! Ни наличные, ни безналичные».

Что касается фразы «за наличный расчет», то здесь я согласен с Львом Григорьевичем — фраза не совсем удачная. Лучше писать «за счет средств граждан» и т.п.

Далее. Ссылаясь на статью 11 Основ, Лев Григорьевич пишет: «Взимание платы не допускается», так вот расшифровка буквального значения этого выражения: **плату взимать нельзя!** Ни с гражданина, ни с организации. Ни с кого нельзя!»

Хорошо, обратимся к статье 11 Основ.

Во-первых, статья 11 называется «Недопустимость отказа в оказании медицинской помощи». Она запрещает отказ и взимание платы как гарантия получения бесплатной помощи, если граждане на нее претендуют. Но ведь никто не рассматривает эту статью как лишение прав граждан на отказ от медицинской помощи. Точно такой же отказ гражданина возможен и в отношении получения помощи на бесплатной основе.

Поэтому, во-вторых, данная статья не дает основания нарушить право гражданина на выбор платных услуг.

В-третьих, нельзя забывать, что в соответствии с частью 5 статьи 84 Основ: «Медицин-

ские организации, участвующие в реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, имеют право оказывать пациентам платные медицинские услуги...» (далее следует 4 основания). То есть мы видим, что сами Основы четко прописали возможность исключений, то есть возможность ситуаций, когда именно медицинские организации, участвующие в реализации Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, оказывают медицинскую помощь за плату. Причем обращаю внимание — это не только те ситуации, когда государственные учреждения могут брать деньги с пациентов — это ситуации, когда граждане не имеют права на бесплатную медицинскую помощь, даже если услуга входит в Программу госгарантий. И таких исключений достаточно много, есть они и в части 4 данной статьи и т.д.

Ну, и еще один аргумент: 30 декабря 2011 г. вышло Постановление Правительства Российской Федерации от № 1232 «О порядке оказания сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации, отдельным категориям граждан Российской Федерации,уволленных со службы в органах внутренних дел, и членам их семей медицинской помощи и их санаторно-курортного обеспечения». Постановлением установлено, что расходы на оказание медицинской помощи сотрудникам возмещаются медицинским организациям государственной или муниципальной системы здравоохранения территориальным органом Министерства внутренних дел Российской Федерации на региональном уровне, где проходят службу (проживают) сотрудники (далее — орган), по тарифам, действующим на территории соответствующего субъекта Российской Федерации (в медицинской организации) на момент оказания медицинской помощи, в соответствии с договором, заключенным





между органом и медицинской организацией в соответствии с примерной формой согласно приложению. В этом приложении содержится Примерный договор об оказании медицинской помощи сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации организацией государственной или муниципальной системы здравоохранения. В нем написано: «Настоящий договор предусматривает оказание Исполнителем медицинской помощи и иных медицинских услуг (далее — медицинская помощь) сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации (далее — сотрудники) при отсутствии по их месту службы, месту жительства (проживания) или иному месту нахождения медицинских организаций Министерства внутренних дел Российской Федерации или при отсутствии в них соответствующих отделений либо специального медицинского оборудования, а также **при наличии медицинских показаний для оказания экстренной медицинской помощи**».

Заметим, что данное постановление Правительства Российской Федерации вышло почти через полтора месяца после принятия Основ и не могло игнорировать положений Основ.

И что в результате мы видим? Правительство Российской Федерации четко определяет, что договор на оплату оказания экстренной медицинской помощи должен заключаться организацией государственной или муниципальной системы здравоохранения с другой организацией. Договор возмездный. И оплату учреждение получать может! Значит, в определенных ситуациях можно взимать плату при оказании экстренной медицинской помощи!

Продолжая возражения против возможности оплачивать экстренную медицинскую помощь страховыми организациями в рамках ДМС и предприятиями, Лев Григорьевич пишет: «А слово «бесплатно» даже комментировать как-то неудобно, бесплатно оно и в Африке бесплатно, что для граждан, что для организаций...».

Давайте продолжим логику Льва Григорьевича. Откуда берут средства государственные и муниципальные учреждений для оказания бесплатной медицинской помощи? Преимущественно от страховых медицинских организаций, работающих в системе ОМС. А раз страховые медицинские организации — это тоже организации, то, по логике Льва Григорьевича, в целях обеспечения бесплатности медицинской помощи платить по счетам учреждений они не должны!

Но тут логика Льва Григорьевича делает резкий кульбит: «Следовательно, заплатить то организация или страховая компания, конечно, может, а вот взять деньги за экстренную и скорую безотлагательную помощь государственная и муниципальная МО и медицинские работники не могут. Закон не позволяет».

Итак, получается, что страховые организации в рамках ОМС могут заплатить за экстренную и скорую медицинскую помощь (напомним, с 2013 года скорая медицинская помощь переходит в систему ОМС, а субъекту могут сделать это и в более ранние сроки), а вот учреждения здравоохранения взять оплату не могут. Замечательная трактовка закона!

Лев Григорьевич делает еще один «правильный» вывод: «Государство должно компенсировать оказание экстренной бесплатной медицинской помощи **только** медицинским организациям частной системы здравоохранения и государственным МО, у которых нет отделений экстренной помощи».

Этот вывод имел бы право на существование, если забыть о существовании системы ОМС. Но в моей статье речь шла как раз о ситуации, когда (цитирую свою статью) «у пациента отсутствует полис и документы, удостоверяющие личность, и не удалось идентифицировать его личность (например, в случае смерти пациента)». В этих условиях страховая организация не оплатит медицинскую помощь, поскольку неизвестно, какая именно страховки организация должна оплачивать



ее и был ли пациент вообще застрахован». Лев Григорьевич отвергает право государственного (муниципального) учреждения получить в этом случае компенсацию за оказание медицинской помощи. За счет чего же возместит затраты государственное учреждение в этом случае? За счет других пациентов, недодав им медикаментов, недоплатив своим сотрудникам и т.д. Кто в итоге выигрывает?

Впрочем это его личная позиция. К счастью, в Основах (часть 10 статьи 83) по этому поводу записано: «*Расходы, связанные с оказанием гражданам бесплатной медицинской помощи в экстренной форме медицинской организацией, в том числе медицинской организацией частной системы здравоохранения, подлежат возмещению в порядке и в размерах, установленных Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи*».

Как видим, речь идет о любых медицинских организациях, а о частных — лишь в том числе.

Хочется поддержать Льва Григорьевича в его совершенно справедливой заботе о своевременности оказания медицинской помощи при дежурствах скорой помощи на спортивных и прочих мероприятиях. Но как бывший чиновник, хорошо знающий эту «кухню», хочу заметить, что здесь суть проблемы кроется не в оплате, а в том, должна ли государственная (муниципальная) скорая помощь вообще этим заниматься? Увы, они вынуждены этим заниматься и, как правило, бесплатно. И это уже благо, если удастся добиться оплаты за это.

Что касается якобы невозможности достижения своевременности оказания медицинской помощи при дежурствах скорой помощи на спортивных и прочих мероприятиях, то это далеко не всегда так. Если эта дополнительная работа оплачивается, то за счет этих доходов можно нанять и дополнительный транспорт, и оплатить дополнительную работу (вне основного графика) персонала либо пригласить дополнительный персонал (да

работающий у того же Льва Григорьевича, благо, многие из них работают одновременно и в государственной скорой помощи). А еще лучше, если бы этим занималась компания Льва Григорьевича и аналогичные, а не государственные организации. Тут я солидарен с Львом Григорьевичем. Но здесь опять возникает та же проблема, что и с запретом платных услуг в любых государственных (муниципальных) учреждениях: если в Москве, Санкт-Петербурге можно найти соответствующую частную организацию, то где ее взять в глубинке, на удаленных горнолыжных трассах и т.д.?

Критикуя мою фразу о том, что станции скорой медицинской помощи могут оказывать по договорам с организациями такие услуги, как «обслуживание спортивных, массовых и других мероприятий и т.п.», Лев Григорьевич замечает: «Или может быть оппонент имеет в виду, что это «основные функции», а есть еще и не основные, вот по ним то и можно, наверное, дежурить...». И далее «ставит всех в известность», «что государственные службы скорой медицинской помощи не занимаются профилактикой травм и заболеваний и не могут осуществлять эту деятельность законно. Платные и бесплатные дежурства государственных бригад скорой медицинской помощи на различных мероприятиях находятся вне правового поля».

Уважаемый Лев Григорьевич! Трудно ставить Вам в вину то, что Вы не знаете содержания законов, регулирующих бюджетную сферу. Но они есть, они опубликованы. А в соответствии с этими законами, действительно, есть «не основные» функции (виды деятельности). И любое государственное (муниципальное) учреждение здравоохранения может заниматься дополнительными (не основными) видами деятельности, если они закреплены в уставе учреждения, то есть разрешены собственником. И, конечно, при условии, что они не запрещены законодательными и иными нормативными правовыми актами. Но Вы-то





ссылаетесь на документы, которые что-то разрешают делать скорой помощи, но не приводите тех, где это запрещено.

Итак, часть 4 Федерального закона Российской Федерации от 12 января 1996 года № 7-ФЗ «О некоммерческих организациях» устанавливает: «Бюджетное учреждение вправе сверх установленного государственного (муниципального) задания, а также в случаях, определенных федеральными законами, в пределах установленного государственного (муниципального) задания выполнять работы, оказывать услуги, относящиеся к его основным видам деятельности, предусмотренным его учредительным документом, в сферах, указанных в пункте 1 настоящей статьи, для граждан и юридических лиц за плату... Бюджетное учреждение вправе осуществлять иные виды деятельности, не являющиеся основными видами деятельности, лишь постольку, поскольку это служит достижению целей, ради которых оно создано, и соответствующие указанным целям, при условии, что такая деятельность указана в его учредительных документах».

То есть собственник в рамках действующего законодательства определяет, чем может заниматься созданное им учреждение, а чем нет. Приказы же Минздравсоцразвития России определяют именно основные виды деятельности службы скорой медицинской помощи. Никакого противоречия тут нет.

Кстати, о Минздравсоцразвитии России. Упомянутый Вами ответ министра Т.А. Голиковой на Ваш вопрос: почему во время действующих на 2011 г. «Основах», декларирующих бесплатность оказания скорой медицинской помощи организациями любого вида собственности, федеральные МО оказывали платные услуги по скорой медицинской помощи? Ответ: «Государство выделило деньги на машины скорой помощи, чтобы федеральные МО больше зарабатывали», вполне имеет право на существование.

В соответствии с Постановлением Правительства РФ № 321 от 30 июня 2004 г. «Об

утверждении Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации» Министерство осуществляет полномочия собственника в отношении федерального имущества, необходимого для обеспечения исполнения функций федеральных органов государственной власти в установленной пунктом 1 настоящего Положения сфере деятельности, в том числе имущества, переданного федеральным государственным унитарным предприятиям, федеральным государственным учреждениям и казенным предприятиям, подведомственным Министерству».

Поэтому Министерство вправе выделять средства или непосредственно оборудование подведомственным учреждениям и определять на какие цели оно должно использоваться.

Тем не менее, спасибо за Ваши аргументы. Думаю, что проблему, касающуюся обслуживания станциями скорой помощи спортивных мероприятий и т.д., можно корректно описать следующим образом. Это виды деятельности, не относящиеся к основным. Учреждение имеет право осуществлять такие виды деятельности, если они прописаны в учредительных документах. Основы в этом случае запрета на платность не устанавливают, поскольку это не оказание непосредственно «скорой медицинской помощи».

Имеет право на существование такой подход? Давайте обсудим.

Понимаю, что гнев Льва Григорьевича вызван защитой своей репутации (отдаю должное той энергии, с которой это делается). Его возмутила моя фраза: *«То есть легализует частные службы скорой медицинской помощи, которые до этого (до введения этого ФЗ) существовали фактически на нелегальной основе».*

Да, наше законодательство порой несовершенно, порой не соблюдается. Но что еще я мог написать, если статья 39 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» гласила: «Скорая



медицинская помощь гражданам Российской Федерации и иным лицам, находящимся на ее территории, оказывается бесплатно». Где здесь поле для частной скорой помощи? При этом хочу заметить, что сам я не сторонник запрета частных организаций, занимающихся оказанием скорой медицинской помощью. Я за то, чтобы их легализация не вызывала вопросов.

И, тем не менее, готов взять свою фразу назад. Особенно в той части, где говорится о том, что «**легализуются** частные службы скорой медицинской помощи». Пожалуй, я написал эту часть фразы опрометчиво. Ведь в статье 83 Основ при перечислении источников финансового обеспечения скорой медицинской помощи ничего не говорится о том, что при оказании скорой медицинской помощи (не важно — государственная или частная медицинская организация в этом участвует) можно брать деньги с граждан.

Соответствующая часть З статьи 83 звучит так: «3. Финансовое обеспечение оказания гражданам скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи осуществляется за счет:

1) средств обязательного медицинского страхования;

2) бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации, выделяемых на финансовое обеспечение реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (в части медицинской помощи, не включенной в территориальные программы обязательного медицинского страхования, а также расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную в территориальных программах обязательного медицинского страхования);

3) бюджетных ассигнований федерального бюджета, выделяемых федеральным медицинским организациям, включенным в перечень, утвержденный уполномоченным федеральным органом исполнительной власти (в части

медицинской помощи, не включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, а также расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную в базовой программе обязательного медицинского страхования)».

При том, что когда речь идет о первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи, добавляется, что помощь оказывается за счет «иных источников в соответствии с настоящим Федеральным законом». А вот для скорой помощи такого не прописано. Стало быть, другие источники средств при оказании гражданам скорой медицинской помощи недопустимы.

Или все же допустимы? Но тогда, где об этом говорится? Легальны все же частные медицинские организации, оказывающие скорую помощь за плату, или не легальны? Вот что я хотел бы услышать от Льва Григорьевича, вот где, как мне кажется, кроется угроза для частных служб скорой медицинской помощи. Повторюсь, лично я за то, чтобы они существовали. Может быть стоит подправить закон? Может, есть другие пути? Давайте обсудим (обращаюсь не только ко Льву Григорьевичу, но и ко всем читателям)!

Мне кажется, было бы интересным также обсудить следующие ситуации:

- как быть, если пациент вызвал частную скорую помощь и отказывается платить, ссылаясь на то, что это экстренная (скорая) помощь? Интересно было бы ознакомиться с судебной практикой по этим вопросам;

- если пациент или его родственники не дождались государственной службы скорой медицинской помощи и вызвали частную — может ли пациент потребовать возмещения своих затрат с государственной скорой помощи?

- если частная скорая помощь заведомо ближе государственной (например, располагается во дворе дома), вправе ли жильцы





этого дома без конца «дергать» ее в целях оказания экстренной медицинской помощи?

«А вообще-то, прочитав внимательно данный Федеральный закон, я сделал следующие выводы, почему-то во многом прямо противоположные выводам Фарита Накиповича» (далее перечисляются 5 пунктов), — пишет далее Лев Григорьевич. Немного странное заявление, поскольку он, по сути, резюмировал мои мысли. Как видно, совпадающие в конечном счете и с его.

И все же некоторые нюансы я бы отметил (хотя, возможно, в них-то и вся суть). Платные медицинские услуги в государственных и муниципальных медицинских организациях разрешены не с 1 января 2012 г., как пишет Лев Григорьевич, — они были законными и раньше (см. мою вышеуказанную статью, где есть ссылки на определение Конституционного суда Российской Федерации от 2002 года). Впрочем теперь это уже не принципиально.

В пункте 3 написано: «Граждане РФ имеют право оплачивать платные медицинские и немедицинские услуги при оказании медицинской помощи (статья 84, п. 1,2), но не могут оплачивать оказание скорой медицинской помощи и медицинскую эвакуацию как в государственных, так и в федеральных медицинских организациях». Не спорю. Но где сказано о том, что частным это можно?

В пункте 5 написано: «В случае оказания бесплатной медицинской помощи в экстренной форме медицинской организацией частной системы здравоохранения ее расходы подлежат возмещению». Не возражаю, но Основы-то гарантируют это и государственным медицинским организациям.

С апокалиптическими прогнозами в случае развития платных медицинских услуг в государственных (муниципальных) учреждениях здравоохранения можно было и согласиться. Если бы их до сих пор не было. Но они были и есть, а нового Основы практически ничего не вносят (хотя некоторые новые ограничения и вводятся).

В заключение отметим следующее. В начале своей статьи Лев Григорьевич пишет: «Я много лет выступаю за официальный запрет оказания платных услуг в этих МО».

Это его позиция, это его право. Но нужно четко понимать, что это не борьба с нарушением законодательства (ибо платные медицинские услуги и раньше, и теперь в этих учреждениях законодательно не запрещены). И это не борьба за права граждан в сфере бесплатной медицинской помощи (вовсе не потому, что сам Лев Григорьевич — коммерсант в сфере здравоохранения, — одно вовсе не обязательно исключает другое), поскольку в конечном счете гарантии в сфере бесплатной медицинской помощи обеспечиваются адекватным финансированием государственных и муниципальных учреждений (и резким снижением благодаря этому спроса на платные услуги со стороны населения), а не отъемом у граждан возможности выбора.

Суть предложений Льва Григорьевича в другом. Он фактически предлагает изменить законодательство, запретив платные медицинские услуги в государственных (муниципальных) учреждениях. Что ж, он имеет право на свою позицию. Но уж больно все это напоминает запрет колхозникам иметь подсобные хозяйства во имя всеобщего благоустройства и лучшего труда в колхозе! Все это мы уже проходили.

И хотя я не согласен со многими доводами Льва Григорьевича, я могу солидаризироваться с ним в главном — в необходимости вывода платных медицинских услуг за счет средств граждан из государственных (муниципальных) учреждений. Но давайте создавать для этого условия, а не ударяться в иллюзорную полезность принятия «антиплатных», антиалкогольных и иных законов.

Но сама дискуссия показывает, что пока спорных моментов в вопросах оказания платных услуг остается много. Пока слишком много. Значит, есть что в этой сфере совершенствовать.



О НОВОМ ПОРЯДКЕ РЕГИСТРАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ И НОВЫХ КРИТЕРИЯХ ВКЛЮЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ В СТАНДАРТЫ ЛЕЧЕНИЯ

→ В Москве на отраслевой конференции «Новое законодательство в здравоохранении. Возможности и сложности для рынка медицинских технологий» ведущие эксперты и производители медицинской техники обсудили вопросы нормативно-правового регулирования рынка здравоохранения и медицинской техники...

Основным предметом встречи представителей индустрии стал анализ ситуации в области нормативно-правового регулирования рынка здравоохранения и медицинской техники, а также оценка ключевых факторов, влияющих на процесс законодательного реформирования отрасли. В частности, обсуждались вопросы вступления России во Всемирную Торговую Организацию и решение о расширении границ Таможенного Союза. По мнению исполнительного директора ассоциации IMEDA Александры Третьяковой, «вопрос гармонизации законодательства РФ с международным является на сегодняшний день крайне актуальным, но проблема заключается в том, что пока России гармонизировать с другими странами нечего, так как в нашей стране еще не сформированы соответствующие нормы».

«За последние 7 лет в российском здравоохранении много сделано, но в результате образовались нормативные «завалы». Ясной концепции построения отрасли нет, — признал С.В. Калашников, председатель Комитета Государственной Думы по охране здоровья. — Нужен обобщенный закон, который определил бы общие принципы, и нужен канал взаимодействия со всеми субъектами системы здравоохранения».

Участники встречи констатировали, что за последнее время в стране разработан ряд законодательных актов, призванных урегулировать отношения всех участников отрасли медицинских изделий, но, тем не менее, правовое поле отрасли характеризуется большим количеством белых пятен, а степень допуска представителей индустрии к обсуждению ключевых нормативно-правовых документов остается низкой.

Анализируя результаты 2011 года, эксперты сошлись во мнении, что самыми значимыми событиями стали принятие Закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и начало работы над законопроектом «Об обращении медицинских изделий» — важнейшего документа, призванного регламентировать работу непосредственно отрасли медицинских изделий. Комментируя процесс создания столь важного законопроекта, Александра Третьякова отметила:





«С такой скоростью, с которой сейчас Минздравсоцразвития вынуждено разрабатывать эти проекты, очень сложно получить весомый и правильный документ для отрасли. Законопроект опубликован на сайте 30 декабря. У нас было две недели для того, чтобы прочитать, осознать и понять, как он будет работать. И у нас составлен большой список комментариев по этому поводу, много нам видится архаичных элементов. Например, норма, требующая у всех организаций, занимающихся реализацией медицинских изделий, на ежеквартальной основе уведомлять Росздравнадзор о своей деятельности. Ну, представляете себе: вата, бинт, градусники... тесты для беременности, которые продает каждый супермаркет. И вот все эти организации на ежеквартальной основе должны присыпать некие отчеты в Росздравнадзор, которые что-то должны с ними потом сделать. То есть нам не совсем понятно — ни в одной отрасли нет такого регулирования. Зачем нужно государству знать о том, кто продает бинт, вату или лейкопластири? Мы считаем, что очень много есть таких избыточных вещей, которые совершенно не относятся к сути регулирования».

Зачем нужно государству знать о том, кто продает бинт, вату или лейкопластири? Мы считаем, что очень много есть таких избыточных вещей, которые совершенно не относятся к сути регулирования.

Эксперт недоумевает: «Есть правила хранения, например, шприцов или резиновых перчаток, занимают четыре страницы. Но опять же — как бы это архаичная норма, явно скопированная с какого-то там дремучего совершенно советского стандарта. Понятно, что перчатки резиновые давно уже производятся в стериль-

ных закрытых коробках, под них не нужно специально шкафы какие-то строить в аптеке. Однако такая спешка приводит к тому, что мы вынуждены читать документ настолько сырой, что в нем даже вот не столько суть, сколько пока что вот такие несоответствия и несобразности есть. Много элементов, которые напрямую скопированы из законодательства обращения лекарственных средств и не применимы для медизделий ни в какой форме, поэтому мы находимся с Министерством здравоохранения и социального развития РФ в диалоге и надеемся, что наши комментарии и пожелания будут учтены».

Но самая главная коллизия, отмеченная А. Третьяковой, связана с тем, что медицинские изделия по закону о техническом регулировании находятся в плане по созданию технического регламента о безопасности медицинских изделий. И он так и не был создан, его нет. То есть регулирование в области медицинских изделий должно было состоять из двух частей: техническая часть, которая определяет стандарты, правила, существенные требования к медицинским изделиям, — совершенно технический документ и закон, который регулирует обращение, взаимодействия сторон, ответственность сторон, то есть контроль. «Такая модель сейчас самая распространенная в мире, так это и регулируется. И, несмотря на то, что есть в плане вот этот техрегламент медицинских изделий, но национального нет. Было принято решение о том, что в России не будет национального технического регламента: зачем, будем сразу на уровне Таможенного союза. Но получилось, что сейчас разрабатывается федеральный закон «Об обращении медицинских изделий», при этом нет национальных норм и технической части стандартов и даже не будет, в плане уже все возложено на Таможенный союз. А в Таможенном союзе там свои процессы, и поскольку там еще вовлечены другие страны, то там тоже что-то другое получается».



По мнению участников конференции, следующим шагом на пути к реформированию законодательства должна стать разработка нового порядка регистрации медицинских изделий в РФ. Также в 2012 году планируется начать работу над формированием единого страхового тарифа на медицинские услуги, что серьезно отразится на функционировании всей системы здравоохранения страны.

«Мы планируем спросить это и у наших законодателей, и у нашего Минздрава: «Как так получается, что в стандарты лечения попадают только имплантаты?»

Еще одна обсуждаемая на конференции тема, в разработке которой принимает активное участие Ассоциация IMEDA, — разработка новых критериев включения медицинских изделий в стандарты лечения. Работа в данном направлении уже ведется и должна завершиться в апреле 2012 года. Кроме того, эксперты отметили, что еще одним фактором, который существенным образом окажет влияние на рынок, станет реформирование системы государственных закупок. Согласно планам Правительства РФ, вся существующая сегодня в стране система государственных закупок будет заменена Федеральной контрактной системой. Данная инициатива Правительства РФ существенно отразится на системе взаимодействия производителей медицинской техники и государственных ЛПУ, которые, согласно статистике продаж, являются основными заказчиками медицинской продукции в стране.

По мнению Александры Третьяковой, «на сегодняшний момент в основах законодательства есть крайне странная формулировка, в соответствии с которой в стандарты

предполагается включать только имплантируемые медицинские изделия, что вызвало немало удивления отрасли, потому что в стандарты планируется включать абсолютно все лекарственные средства, которые зарегистрированы в России по международному, а не патентованному названию, и только имплантируемые медицинские изделия. Таким образом, получается, что для того, чтобы разрезать, простите, аппендицит, скальпель невозможно в стандарт положить, потому что он точно неимплантируемый. Мы планируем спросить это и у наших законодателей, и у нашего Минздрава: «Как так получается, что в стандарты лечения попадают только имплантаты?»

«В экстренных случаях, да и в принципе просто по желанию изделие медицинского назначения, если оно зарегистрировано — это со стандартом никак напрямую не связано — может использоваться».

Сергей Ломакин, юрист Baker&McKenzie, согласен, что «стандарты будут немного опаздывать, просто потому, что их очень много. Другое дело, что в экстренных случаях, да и в принципе просто по желанию изделие медицинского назначения, если оно зарегистрировано — это со стандартом никак напрямую не связано — может использоваться». Он полагает, что из терминологической разницы законов «произрастает колоссальное количество очень существенных проблем, вплоть до проблемы попадания тех или иных товаров на рынок страны вообще. И проблемы эти связаны с заменой ранее существовавшего деления на изделия медназначения и медицинскую технику на появившееся новое определение «медицинское изделие».





Его недоумение разделяет и Александра Третьякова: «Проблема связана с тем, что все регистрационные удостоверения до сегодняшнего дня выдавались по двум каналам. Да, это были или изделия медназначения, или медицинской техники. Теперь мы оказались в ситуации, когда у нас только один термин, и здесь, конечно, у производителей есть тоже такое желание говорить со всеми нашими регуляторами и с нашими контролирующими органами, с Росздравнадзором о том, как будет осуществлен переход к новой терминологии, к новым регистрационным удостоверениям. В противном случае везде начнется путаница, начиная от таможни и заканчивая налоговой инспекцией и потребителями».

Резюмируя главные тезисы обсуждения, председатель совета директоров ассоциации IMEDA Арман Эмильевич Воскерчян подчеркнул: «Нам как индустрии важно наличие эффективной системы, которая позволяет максимально правильно обеспечивать доступ пациентов к новым технологиям и продуктам. Потому что сегодня, наверное, это может быть единственная отрасль, где жизненный цикл продукта очень короткий. И если мы говорим о том, что за 18–24 месяца продукт может уже устаре-

вать, соответственно система должна позволять эффективно обеспечивать доступ на рынок. Мы только за это. И мы уверены в том, что подобное обсуждение не может проходить без участия ключевых игроков индустрии, ключевого игрока в цепочке, то есть индустрии и компаний, которые представляют эти продукты, которые понимают, каким образом разрабатывать и выводить продукт на рынок. И без вот этого диалога совместного, чтобы были учтены интересы всех сторон на благо пациентов, в конце концов без вот этого диалога вряд ли можно создать документ, который был бы эффективен и отвечал бы интересам».

Действительно, темпы реформирования законодательства в области здравоохранения, заданные в 2011 году, требуют от всех участников процесса ответственного подхода, поскольку отрасль нуждается в тщательно продуманных решениях и формулировках. Учитывая социальную значимость отрасли и ключевые задачи российского здравоохранения, связанные с доступностью и внедрением самых эффективных, безопасных и современных медицинских технологий, сотрудничество индустрии и регуляторов в разработке нового нормативно-правового поля является одним из краеугольных факторов успешного реформирования здравоохранения.

Пока же символическим завершением обсуждаемой темы стал следующий диалог:

Мужчина из зала: *Прав ли я в том, что сейчас диалог складывается таким образом, что с одной стороны — государство, с другой стороны — ассоциация профессионалов-участников, а общество пока еще не особо вовлечено, не осознает того потенциального ущерба, который ему — неважно, сознательно или несознательно, но может быть нанесен государством?*

Третьякова А.М.: *Ну, в определенном смысле Вы правы. С медицинскими изделиями сталкиваются абсолютно все люди, и любые непродуманные или несогласованные действия могут отразиться на большом количестве людей.*

Наталия Куракова



МЫ НЕ РАЗРАБАТЫВАЕМ ТЕХНОЛОГИИ – МЫ ИХ ИСПОЛЬЗУЕМ...



С таких слов начал свое выступление на Гайдаровском форуме—2012 «Россия и мир: 2012–2020» Аркадий Зиновьевич Столпнер, председатель Правления «ЛДЦ МИБС». Его доклад «Радиохирургия — инновационный бизнес нового поколения» стал едва ли ни самым ярким событием на панели «Технологическое предпринимательство в российских реалиях», которую провел Анатолий Борисович Чубайс, председатель Правления ОАО «РОСНАНО», заведующий кафедрой технологического предпринимательства МФТИ...

Участники форума захватывая историю успеха медицинского бизнеса в России.

Проект, по словам А. Столпнера, развивался примерно по следующему сценарию. «Сеть магнитно-резонансных томографов появилась потому, что идеолог ее создания Сергей Березин нашупал абсолютно не занятую и весьма перспективную нишу, которую в начале 2000-х годов не спешили заполнить ни государство, ни частный бизнес. Открыв первый десяток центров МРТ и нарастав «вал» пациентов, специалисты увидели, что через их руки проходит масса людей, нуждающихся в лечении. Захотелось лечить. Мы хотели предложить людям высокотехнологичную помощь, причем такую, какую они в России больше нигде не смогут получить. Ответ лежал на поверхности: история радиохирургии

в мире насчитывает почти полвека, а у нас в стране ее практически нет. Когда мы только задумались об этом, ее не было вообще.

Дальше одно следовало из другого: операции на гамма-ноже требовали предварительного обследования на сверхвысокопольном магнитно-резонансном томографе. Закупили. Увидели, что часто приходится посыпать пациентов в Институт мозга на ПЭТ-диагностику для углубленного исследования, — возникла мысль о собственном центре. Технологически ограниченная область применения гамма-ножа подтолкнула к мысли о кибер-ноже, который сможет лечить все тело. Радиохирургию захотелось дополнить радиотерапией».

Хронология проекта

Некоммерческое оздоровительное учреждение Лечебно-диагностический центр Международного института биологических систем (ЛДЦ





МИБС) было создано в 2003 г., когда эксперты говорили, что медицинский бизнес в России существовать не может, а высокотехнологическая медицинская помощь — это удел государства.

В 2003 был открыт первый частный центр магнитно-резонансной томографии (МРТ), в 2004 — второй. Затем ЛДЦ МИБС клонировал опыт в регионах, создав первую федеральную сеть отделений МРТ, образованную из 56 диагностических центров, расположенных в 44 городах Российской Федерации — от Калининграда до Красноярска. Начиная с 2005 года, сеть компании ежегодно расширяется на 10–12 новых отделений. В 2012 г. сеть МРТ будет расширена до 75 отделений. В них работают 300 врачей и 1,5 тыс. персонала.

В 2003 году было обследовано 8000 пациентов, в 2005 году — 59 000, в 2007 году всеми отделениями ЛДЦ МИБС обследовано более 300 тысяч пациентов, в 2010 — 750 тысяч пациентов, в 2011 — 900 тысяч пациентов. На сегодняшний день в России в отделениях ЛДЦ МИБС проводится каждое пятое МРТ-обследование.

Все отделения МРТ объединены в единую телемеди-

«После постановки диагноза поняли, что нужно лечить. Поскольку мы живем за собственные средства, выбрали радиохирургию. Это то, чего в 2006 году в России не было вообще»

цинскую сеть, которая является крупнейшей в Российской Федерации. В Санкт-Петербурге создан консультационный центр, в котором работают наиболее опытные врачи, имеющие огромный диагностический опыт. Каждый врач ЛДЦ МИБС, работающий в любой точке страны, имеет возможность получить консультацию в Санкт-Петербурге. Естественно, в консультационный центр приходят самые сложные в диагностическом отношении случаи. Врачи-консультанты ежедневно отвечают на вопросы с которыми обычный доктор сталкивается всего несколько раз за всю свою врачебную практику, накапливая таким образом бесценный опыт. В течение 16-часового рабочего дня выдается 200 заключений.

«После постановки диагноза, поняли, что нужно лечить. Поскольку мы живем за собственные средства, выбрали радиохирургию. Это то, чего в 2006 году в России не было вообще».

Строительство высокотехнологичного центра радиохи-

рургии началось в 2006 году. По инвестиционному контракту в короткие сроки было восстановлено здание разрушающегося санатория (пос. Песочный). Общий объем проекта по строительству высокотехнологичного центра составил 50 млн. долл. США. Планируемая пропускная способность центра после введения второй очереди составит: 1400 радиохирургических пациентов, 1400 радиотерапевтических пациентов и 10 000 пациентов на ПЭТ/КТ в год.

В 2008 году, немного отстав от московского Института имени Н.Н. Бурденко, открыт и начал прием пациентов первый в СЗФО и второй в России Центр радиохирургии и радиотерапии GammaKnife ЛДЦ МИБС, оснащенный установкой гамма-нож.

Таким образом, в настоящий момент в стране функционируют только два лечебных учреждения, оказывающих радиохирургическую помощь: в Москве, в НИИ НХ им. Бурденко (центр оснащен установкой Leksell Gamma Perfexion) и ЛДЦ МИБС в Санкт-Петербурге (центр оснащен установкой Leksell Gamma Knife 4C).

В отделениях ЛДЦ МИБС проводится каждое пятое МРТ-обследование в России



Справка:

В настоящее время существуют около 300 центров Гамма-Нож во всех развитых странах мира. Наибольшее их число приходится на США (более 100) и Японию (более 50). К 2008 году в мире проведено около миллиона радиохирургических операций на Гамма-Ноже. Каждый год количество выполняемых радиохирургических процедур увеличивается, что является подтверждением высокой эффективности и безопасности метода для нейрохирургических больных. Нейрохирурги и медицинские физики, работающие на Гамма-Ноже, объединены во Всемирное Общество Гамма-Ножа (Leksell Gamma Knife Society), которое организует ежегодные конференции и обучающие программы для пользователей Гамма-Ножа со всего мира.

Уже в 2009 году, в первый год работы центра, было проведено 347 радиохирургических операций, в 2010 г. — 550 операций — половина всех радиохирургических вмешательств, выполненных в РФ за этот период, (четвертое место в Европе). В 2011 году выполнено 724 операции при потребности 30–40 тыс. Для сравнения В НИИ НХ им. Бурденко в 2011 году сделано 700 операций.

В радиохирургическом центре проведены первые операции на установке Кибер-Нож (CYBER KNIFE). Это первая негосударственная инсталляция Кибер-Ножа в Российской Федерации. Пролечены пациенты с опухолями головного мозга, паравертебральным метастазом и новообразованиями легких. Позднее был осуществлен клинический пуск еще двух линейных ускорителей

производства фирмы Вариан (США): CLINAC 2100 и VARIAN TRUE BEAM.

С приобретением CyberKnife производства компании «Accuray» и двух линейных ускорителей, обычного линейного ускорителя для конформной терапии и нового ускорителя Novalis производства компании «Varian» появилась возможность оперировать и лечить не только опухоли головы, но и опухоли тела, такие онкологические заболевания, как рак легких, рак простаты, рак молочной железы, метастазы печени, костей и другие новообразования.

В 2010 году было открыто первое отделение за пределами РФ. Начал прием центр МРТ-диагностики в Украине, в городе Киеве, в 2011 году открылось отделение в Одессе.

В 2011 году принял больных первый в РФ частный

онкологический центр, оснащенный всем спектром самого современного радиотерапевтического оборудования, включая установку CyberKnife и линейные ускорители для конформного облучения.

Новые сценарии проекта

В начале 2012 года открывается центр Позитронно-эмиссионной томографии, совмещенный с компьютерной томографией ПЭТ/КТ, с наработкой радиофармпрепаратов на месте.

Метод дорог как для пациента, так и для клиники. Помимо томографа, необходимы система получения радиоизотопов — циклотрон, а кроме того, радиохимическая лаборатория, в которой получают радиофармпрепарат (изотоп соединяют с веществом, участвующим в биохимических процессах клетки). ЛДЦ намерен делать полный цикл: с циклотроном, «горячей» лабораторией, производством необходимых для исследований препаратов.

В перспективе планируется создание сети таких ПЭТ-центров по всей стране, как это сделали с МРТ. Будет начат и проект по созданию центра протонной терапии. По словам Аркадия Столпнера, это «мегапроект со сроком исполнения четыре года как минимум». И в плане в 2015 году ввести в строй комплекс протонной терапии в Санкт-Петербурге. Он будет рас-





Позитронно-эмиссионная томография — метод, крайне широко использующийся в онкологии. В Соединенных Штатах Америки примерно полторы или две тысячи работающих позитронно-эмиссионных томографических сканеров. Для сравнения в России сегодня — пять действующих сканеров при минимальной потребности на РФ в сто ПЭТ-сканеров.

ПЭТ — наиболее современный и точный метод лучевой диагностики, основанный на способности радиоактивного изотопа накапливаться в тканях, обладающих высокой метаболической активностью. Применяется в неврологии, кардиологии и онкологии. ПЭТ «видит» изменения в организме человека на молекулярном уровне, когда болезнь еще не только не заявила о себе какими-нибудь внешними проявлениями, но не обнаруживается даже достаточно современными методами: с помощью ультразвука, рентгеновской компьютерной томографии или МРТ. Точность ПЭТ-диагностики — от 80 до 95% (для сравнения точность компьютерно-томографической диагностики — 50–70%), при этом компьютерный томограф часто не показывает рецидивы опухоли или метастазы.

считан на прием в основном онкологических пациентов, и его лечебные возможности будут от тысячи до полутора пациентов в год. А. Столпнер считает, что эффективность вложений в эту сферу крайне высока, потому что наличие ПЭТа в арсенале современной медицины позволяет не только правильно планировать лечение, правильно поставить первичный диагноз, но и корректировать лечение и следить за его ходом, что экономит огромное количество денег, времени больного, а часто и спасает человеческие жизни.

Сервисные проекты

Еще в 2006 году компания «Siemens» отказалась обслуживать приобретенное ЛДЦ МИБС зарубежное медицинское оборудование.

Поэтому был создан собственный сервисный центр, инженерная группа, насчитывающая более 85 сертифицированных специалистов.

Собственное проектно-конструкторское бюро предприятия проектирует медицинские объекты и имеет необходимые лицензии для осуществления данной деятельности, включая лицензию «Росатомнадзора» на проектирование и конструирование радиационно-опасных объектов.

Правильная организация работы этого подразделения позволила добиться увеличения времени работы оборудования и во много раз сократить простой дорогостоящей техники.

«Главное, что ограничивает рост нашего бизнеса, — персонал. И мы начали учить врачей»

Персонал

Сегодня ЛДЦ МИБС располагает собственным корпоративным университетом, в котором успешно прошли обучение с последующим трудоустройством в филиалах компании более 200 врачей-рентгенологов и такое же количество среднего медицинского персонала. За два года медицинский персонал прошел подготовку в ведущих мировых клиниках (Токио, Марсель, Стокгольм, Прага). На подготовку персонала идет два года.

«Таким образом, мы прошли полный цикл: создание приборной базы, создание сервисных центров, обучение персонала, внедрение телемедицины»



«Таким образом, мы прошли полный цикл: создание приборной базы, создание сервисных центров, обучение персонала, внедрение телемедицины. Все будем тиражировать».

Первые в России

В конце января 2011 года в Санкт-Петербурге проведена первая в России радиохирургическая операция больного паркинсонизмом. Радиохирургическое вмешательство болезнь Паркинсона не вылечивает, оно лишь избавляет страдающих паркинсонизмом от трепора рук. Лечение на гамма-ноже осуществляется за одну процедуру и занимает около часа. Уже вечером пациент отправляется домой, а результаты становятся очевидны через пару месяцев. В девяти из десяти случаев метод срабатывает.

Практикуется альтернатива радиохирургическому вмешательству — в структуры мозга больного вживляются нейростимуляторы. Но у этого метода есть ряд недостатков: вживление невозможно без трепанации черепа, требуется постоянно подстраивать частоту и силу подаваемого в нейростимуляторы тока и время от времени менять батарейки. Но самый главный минус — стоимость операции: в Европе — 55 тыс. евро, в России — 1 млн. рублей. В ЛДЦ решили установить цену на радиохи-

рургическое вмешательство по поводу паркинсонизма на уровне остальных операций на гамма-ноже — 6 тыс. долларов, что примерно в два раза дешевле, чем в Европе.

В мире существуют примерно три сотни установок гамма-нож, но активно опредируют больных паркинсонизмом всего четыре центра: в Марселе, Питсбурге, Сиэтле и Токио. Как объясняют специалисты, метод очень сложный, почти виртуозный: необходима крайне точная локализация излучения, чтобы разрушить тончайшие структуры мозга. Нейрохирург центра Павел Иванов, готовясь работать на гамма-ноже, обучался во многих ведущих центрах мира. В том числе в Токио у профессора Хаяши, практикующего радиохирургическое лечение больных паркинсонизмом.

Модель бизнеса

Технологии мирового уровня, уникальное (или, как вариант, нерастиражированное) предложение, комплексное обследование и лечение пациентов, захват незанятых ниш — примерно так можно описать основы стратегии развития ЛДЦ.

По рекомендации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), на 1 млн. человек необходимо иметь три линейных ускорителя. Согласно последней переписи населения, в России 142 млн. жителей. В идеале

необходимо 400–450 установок. Сегодня в РФ нет и сотни ускорителей. Другими словами, три четверти «бесхозных» больных из 350 тыс. нуждающихся в радиотерапии (по методике той же ВОЗ) — это и есть тот потенциал, на который рассчитывает ЛДЦ.

Динамика бизнеса

«Начинали с 10 тыс. обследованных в 2003 году, потом из года в год выросли до 900 тыс. в 2011 году. В год — 12 инсталляций новых центров. Делается 750 операций на гамма-ноже.

Общий оборот бизнеса — 90 млн. долл. в год, растем на 25% в год».

Полное отсутствие государственного финансирования. Полное отсутствие заемных банковских средств. Привлечение средств частных инвесторов

«Общий объем инвестиций в осуществляемые проекты подсчитываем «на коленке». Питерские инвестиции оцениваются в 65 млн. долларов: гамма-нож, кибер, два линейных ускорителя, два ПЭТ/КТ, циклотрон — миллионов сорок, компьютерные томо-





графы, магниты, маммограф, лаборатория — еще десятка. Плюс стройка. Еще десяток миллионов ушел на развитие сети МРТ-центров, которое продолжается давно заданными темпами — по 10–13 региональных «точек» в год. Полное отсутствие государственного финансирования. Полное отсутствие заемных банковских средств. Привлечение средств частных инвесторов».

«Инвесторов привлекаем успешной моделью развития. Доходность инвестиций на уровне 20% годовых — тоже неплохой аргумент. Еще есть неудовлетворенный спрос, но он распределется неравномерно. В некоторых городах — в Петербурге, Москве, Воронеже — уже настоящая теснота. Ведь после нас еще несколько сетей. Рентабельность и окупаемость упали в разы. Но пока еще будем открываться. Вот в Киев зашли. Собираемся проникать в Европу. Надо же оправдывать название «международный! На самом деле очень интересно: там другая конкурентная среда, жесткая, хочется попробовать».

«У меня был один учитель по бизнесу. Он всегда говорил: «Заработать можно, только риски есть. А рисками надо управлять. И в зависимости от того, какими рисками можно управлять, ты сможешь заработать больше или меньше». Самое сложное — заходить в новые ниши. Из

десяти инновационных предприятий выживает одно. Поэтому когда заходишь в принципиально новый бизнес, никогда не знаешь заранее, во что это выльется».

Социальная составляющая проекта

По собственным благотворительным программам только в Санкт Петербурге в 2010 году ЛДЦ МИБС бесплатно оказано диагностических и лечебных услуг населению на сумму более 10 миллионов рублей, в целом по стране — более чем на 85 миллионов рублей.

В 2011 г. ЛДЦ МИБС успешно проведено радиохирургическое лечение 30 жителям Санкт-Петербурга за счет бюджетных средств по квотам Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга.

Вместо заключения

На замечание Анатолия Чубайса: «Я много раз предлагал Аркадию Зиновьевичу инвестиции РОСНАНО», А. Столпнер хладнокровно ответил: «Это — категорически частный бизнес. Нас лимитируют только люди. Нужно учить людей — вра-

По благотворительным программам ЛДЦ МИБС бесплатно оказано диагностических и лечебных услуг населению страны более чем на 85 миллионов рублей

В городах, где работают отделения ЛДЦ МИБС, ликвидированы многомесячные очереди на обследование. При полном отсутствии бюджетного финансирования поддерживаются цены ниже, чем в государственных лечебно-диагностических учреждениях.

Сегодня 40% пациентов — льготные категории граждан. Сумма скидок для них только в Санкт-Петербурге превышает 8 миллионов рублей в год, а по всей стране более 95 миллионов рублей.

чей-инженеров. В медицине невозможно фонтанировать. Это очень консервативная область и это хорошо. Нельзя говорить «мы занимаем позиции бога» — ведь человеку свойственно ошибаться».

Наталия Куракова
(Кроме собственных материалов, использованы факты из статьи Елены Денисенко «Игра на опережение» «Эксперт Северо-Запад» №8–9 (505), 2011 г.)



ИНДИКАТОРЫ И ОБЪЕМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ ПРОГРАММЫ «РАЗВИТИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ (СТОЛИЧНОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ)»

ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА МОСКВЫ

от 4 октября 2011 г.

№ 461-ПП

«ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРОГРАММЫ ГОРОДА МОСКВЫ НА СРЕДНЕСРОЧНЫЙ ПЕРИОД (2012–2016 гг.) «РАЗВИТИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ (СТОЛИЧНОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ)»

В целях сохранения и укрепления здоровья населения за счет устойчивого развития системы столичного здравоохранения и в соответствии с Постановлением Правительства Москвы от 2 февраля 2011 г. № 23-ПП «Об утверждении перечня первоочередных государственных программ города Москвы» Правительство Москвы постановляет:

1. Утвердить Государственную программу города Москвы на среднесрочный период (2012–2016 гг.) «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)» (далее — Программа) согласно приложению к настоящему постановлению.

2. Возложить функции ответственного исполнителя и координатора Программы на Департамент здравоохранения города Москвы.

Назначить персональным руководителем Программы министра Правительства Москвы, руководителя Департамента здравоохранения города Москвы Печатникова Л.М.

3. Контроль за выполнением настоящего постановления возложить на заместителя Мэра Москвы в Правительстве Москвы по вопросам образования и здравоохранения Голодец О.Ю.

Мэр Москвы

С.С. Собянин





**ПАСПОРТ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРОГРАММЫ ГОРОДА
МОСКВЫ НА СРЕДНЕСРОЧНЫЙ ПЕРИОД (2012-2016 гг.)
«РАЗВИТИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ
(СТОЛИЧНОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ)». ИЗВЛЕЧЕНИЕ**

ЦЕЛЕВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ И ИНДИКАТОРЫ ПРОГРАММЫ

<i>Наименование показателя (индикатора)</i>	<i>Единица измерения</i>	<i>Значение к 2016 г.</i>
Смертность населения	на 1000 населения	9,6
Уровень удовлетворенности населения медицинской помощью	в % к числу опрошенных	70,0
Ожидаемая средняя продолжительность жизни	лет	76,5
Смертность населения трудоспособного возраста	на 100 тыс. населения	401
Заболеваемость населения болезнями системы кровообращения	на 100 тыс. населения	1580,5
Смертность населения от болезней системы кровообращения	на 100 тыс. населения	575,5
Смертность от злокачественных новообразований	на 100 тыс. населения	185,0
Одногодичная летальность при злокачественных новообразованиях	%	23,1
Заболеваемость населения туберкулезом	на 100 тыс. населения	25
Обеспеченность населения высокотехнологичной медицинской помощью	%	95
Показатель младенческой смертности (с учетом перехода с 01.01.2012 на международные критерии оценки живорождения)	на 1000 родившимися живыми	5,8
Показатель материнской смертности	на 100 тыс. родившимися живыми	18
Охват вакцинацией детей в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок	% от числа подлежащих вакцинации	98,5
Охват диспансерным наблюдением лиц пожилого возраста (в возрастной группе от 60 лет и старше)	%	44,3
Показатель первичного выхода на инвалидность	на 10 тыс. населения	62,1
Количество пациентов (инвалидов) из числа льготных категорий граждан, обеспеченных лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов	%	100
Охват населения профилактическими осмотрами (по выделенным группам населения)	%	96

Этапы и сроки реализации:

- 1. Начальный этап:** 2012 год
- 2. Основной этап реализации:** 2013–2015 годы
- 3. Завершающий этап:** 2016 год

Объемы бюджетных ассигнований Программы:

Подпрограмма 1 – 713 819 707,0 тыс. руб.

Подпрограмма 2 – 266 480 229,0 тыс. руб.

Подпрограмма 3 – 103 066 254,0 тыс. руб.

Подпрограмма 4 – 21 148 832,0 тыс. руб.

Подпрограмма 5 – 38 211 004,0 тыс. руб.

Подпрограмма 6 – 1 602 755,0 тыс. руб.

Подпрограмма 7 – 16 159 862,0 тыс. руб.

Общий объем финансирования –

1 160 488 643,0 тыс. руб.



Объем финансирования подпрограмм (тыс. руб.)

	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.
«Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)»	184 328 431,0	202 179 007,0	215 780 159,0	230 878 549,0
Формирование эффективной системы организации медицинской помощи	114 459 052,7	124 061 088,0	132 593 721,0	141 545 514,0
Специализированная медицинская помощь	41 227 579,7	44 807 434,0	48 315 766,0	53 115 053,0
Материнство и детство	15 798 935,4	19 676 526,0	20 397 640,0	20 852 402,0
Здоровье старшего поколения	3 367 117,7	3 627 813,0	3 906 396,0	4 205 905,0
Медицинское обеспечение инвалидов	6 585 931,2	6 915 228,0	7 260 990,0	7 624 040,0
Здоровый образ жизни	276 246,0	290 058,0	304 561,0	319 789,0
Развитие кадрового потенциала	2 613 568,3	2 800 860,0	3 001 085,0	3 215 846,0
	2015 г.	2016 г.	2011–2016 гг.	
«Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)»	247 103 867,0	264 547 061,0	116 048 864 3,0	
Формирование эффективной системы организации медицинской помощи	151 879 076,0	163 740 308,0	71 381 970 7,0	
Специализированная медицинская помощь	56 700 777,0	63 541 199,0	26 648 022 9,0	
Материнство и детство	22 206 686,0	19 933 000,0	10 306 625 4,0	
Здоровье старшего поколения	45 295 01,0	48 792 17,0	21 148 832,0	
Медицинское обеспечение инвалидов	8 005 242,0	8 405 504,0	3 821 100 4,0	
Здоровый образ жизни	33 577 9,0	35 256 8,0	16 027 55,0	
Развитие кадрового потенциала	34 468 06,0	36 952 65,0	16 159 862,0	

Ожидаемые результаты реализации Программы

- Снижение общего коэффициента смертности.
- Повышение уровня удовлетворенности населения состоянием оказания медицинской помощи.
- Увеличение ожидаемой средней продолжительности жизни.
- Снижение смертности населения трудоспособного возраста.
- Снижение уровня заболеваемости населения болезнями системы кровообращения.
- Снижение смертности населения от болезней системы кровообращения.
- Снижение смертности населения от злокачественных новообразований.
- Снижение заболеваемости населения туберкулезом.
- Повышение уровня обеспечения населения высокотехнологичной медицинской помощью.
- Снижение показателя младенческой смертности.
- Снижение показателя материнской смертности.
- Обеспечение необходимого уровня вакцинации детей в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок.
- Увеличение доли охвата диспансерным наблюдением лиц пожилого возраста.
- Снижение уровня первичного выхода на инвалидность.
- Повышение уровня обеспечения лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов, пациентов (инвалидов) из числа льготных категорий граждан.
- Увеличение средней заработной платы работников в отрасли здравоохранения.





От редакции:

Новое законодательство вносит некоторые изменения в порядок оказания медицинской помощи военнослужащим и лицам, приравненным к ним по медицинскому обслуживанию. Этому и посвящен наш нынешний материал. А также тем неоднозначным моментам, которые в связи с этим возникают.

Шеф-редактор Н.Г.Куракова



ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВОЕННОСЛУЖАЩИМ, СОТРУДНИКАМ ПРАВООХРАНИТЕЛЬНЫХ ОРГАНОВ И ЧЛЕНАМ ИХ СЕМЕЙ

КОНСУЛЬТИРУЕТ д.э.н. Ф.Н. КАДЫРОВ

Часть 8 Федерального закона Российской Федерации от 21.11.2011 № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее — Основы) определяет, что выбор врача и медицинской организации военнослужащими и лицами, приравненными по медицинскому обеспечению к военнослужащим, гражданами, проходящими альтернативную гражданскую службу, гражданами, подлежащими призыву на военную службу или направляемыми на альтернативную гражданскую службу, и гражданами, поступающими на военную службу по контракту или приравненную к ней службу, осуществляется с учетом особенностей оказания медицинской помощи, установленных статьей 25 данного Федерального закона.

В соответствии с указанной статьей 25 Основ военнослужащие и лица, приравненные по медицинскому обеспечению к военнослужащим (далее при рассмотрении Основ — военнослужащие и приравненные к ним лица), а также граждане, проходящие альтернативную гражданскую службу, имеют право на прохождение военно-врачебной экспертизы для определения годности к военной службе или приравненной к



ней службе и для досрочного увольнения с военной службы или приравненной к ней службы на основании заключения военно-врачебной комиссии.

Граждане, подлежащие призыву на военную службу или направляемые на альтернативную гражданскую службу, и граждане, поступающие на военную службу или приравненную к ней службу по контракту, проходят медицинское освидетельствование в порядке, предусмотренном статьей 61 Основ, и имеют право на получение полной информации о медицинских противопоказаниях для прохождения военной службы или приравненной к ней службы и показаниях для отсрочки или освобождения от призыва на военную службу по состоянию здоровья.

Военнослужащие и приравненные к ним лица имеют право на получение медицинской помощи в ведомственных медицинских организациях, а при их отсутствии или при отсутствии в ведомственных медицинских организациях отделений соответствующего профиля, специалистов либо специального медицинского оборудования — на получение медицинской помощи в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, предусмотренных на эти цели федеральным органом исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная служба или приравненная к ней служба.

Порядок организации медицинской помощи военнослужащим и приравненным к ним лицам устанавливается Правительством Российской Федерации, особенности организации оказания медицинской помощи военнослужащим и приравненным к ним лицам, в том числе порядок их освобождения от исполнения обязанностей военной службы (служебных обязанностей) в связи с заболеванием и иными причинами, устанавливаются федеральными органами исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная служба или приравненная к ней служба.

Граждане при постановке их на воинский учет, призывае или поступлении на военную службу или приравненную к ней службу по контракту, поступлении в военные образовательные учреждения профессионального образования, призывае на военные сборы, а также граждане, направляемые на альтернативную гражданскую службу, имеют право на получение медицинской помощи в медицинских организациях в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, за исключением медицинского освидетельствования в целях определения годности к военной службе или приравненной к ней службе.

Особенности охраны здоровья военно-служащих и приравненных к ним лиц, а также отдельных категорий граждан, проходящих военную службу или приравненную к ней службу в федеральных органах исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная служба или приравненная к ней служба, определяются законодательством Российской Федерации, регламентирующим деятельность этих органов.

До недавнего времени порядок оказания медицинской помощи (медицинского обслуживания) сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации, Государственной противопожарной службы Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий (МЧС России), уголовно-исполнительной системы, лицам начальствующего состава федеральной фельдъегерской связи и сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации, Государственной противопожарной службы МЧС России, уголовно-исполнительной системы, лицам начальствующего состава федеральной фельдъегерской связи, уволенным со службы, лицам, уволенным со службы в федеральных органах налоговой полиции, а также членам семей отдельных категорий военнослужащих, сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации, Государственной противопо-





жарной службы Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий, уголовно-исполнительной системы, таможенных органов, лиц начальствующего состава федеральной фельдъегерской связи, лиц, уволенных со службы в федеральных органах налоговой полиции, определялся в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2004 г. № 911 «О порядке оказания медицинской помощи, санаторно-курортного обеспечения и осуществления отдельных выплат некоторым категориям военнослужащих, сотрудников правоохранительных органов и членам их семей».

Однако в связи с принятием Постановления Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2011 г. № 1232 «О порядке оказания сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации, отдельным категориям граждан Российской Федерации, уволенных со службы в органах внутренних дел, и членам их семей медицинской помощи и их санаторно-курортного обеспечения» указанное Постановление № 911 больше не применяется в отношении сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации, членов их семей, граждан Российской Федерации, уволенных со службы в органах внутренних дел с правом на пенсию и имеющих стаж службы в органах внутренних дел 20 лет и более (в том числе в льготном исчислении). В отношении же остальных контингентов Постановление № 911 продолжает действовать.

Рассмотрим более детально именно некоторые положения Постановления № 1232, как вышедшего недавно. Указанным постановлением утверждены:

— Правила медицинского обслуживания сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации, отдельных категорий граждан Российской Федерации, уволенных со службы в органах внутренних дел, в медицинских организациях Министерства внутренних дел Российской Федерации;

— Правила оказания медицинской помощи сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации в организациях государственной или муниципальной системы здравоохранения, за исключением медицинских организаций Министерства внутренних дел Российской Федерации, и возмещения расходов указанным организациям;

— Правила медицинского обслуживания членов семей сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации, отдельных категорий граждан Российской Федерации, уволенных со службы в органах внутренних дел, в медицинских организациях Министерства внутренних дел Российской Федерации;

— Правила предоставления бесплатных путевок в санаторно-курортные учреждения Министерства внутренних дел Российской Федерации сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации и отдельным категориям граждан Российской Федерации, уволенным со службы в органах внутренних дел.

«Правила медицинского обслуживания сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации, отдельных категорий граждан Российской Федерации, уволенных со службы в органах внутренних дел, в медицинских организациях Министерства внутренних дел Российской Федерации» определяют порядок бесплатного медицинского обслуживания в медицинских организациях Министерства внутренних дел Российской Федерации (далее — медицинские организации):

а) сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации (далее — сотрудники);

б) граждан Российской Федерации, уволенных со службы в органах внутренних дел с правом на пенсию и имеющих стаж службы в органах внутренних дел 20 лет и более (в том числе в льготном исчислении), за исключением граждан, уволенных со службы в органах внутренних дел по основаниям, указанным в части 8 статьи 3 Федерального закона «О социальных гарантиях сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации и внесении изменений в отдель-



ные законодательные акты Российской Федерации» (далее — граждане, уволенные со службы в органах внутренних дел).

Прикрепление сотрудников на медицинское обслуживание к медицинским организациям производится на основании списков, составляемых подразделениями по работе с личным составом Министерства внутренних дел Российской Федерации, его территориальных органов, подразделений, организаций и служб.

Прикрепление граждан, уволенных со службы в органах внутренних дел, на медицинское обслуживание к медицинским организациям производится по направлению соответствующих пенсионных органов Министерства внутренних дел Российской Федерации.

Направление сотрудников, а также граждан, уволенных со службы в органах внутренних дел, для оказания стационарной медицинской помощи в плановом порядке в медицинские организации осуществляется амбулаторно-поликлиническими организациями и амбулаторно-поликлиническими подразделениями медицинских организаций. Очередность направления сотрудников, а также граждан, уволенных со службы в органах внутренних дел, определяется медицинской организацией в соответствии с медицинскими показаниями.

Лекарственные препараты для медицинского применения и изделия медицинского назначения отпускаются сотрудникам и гражданам, уволенным со службы в органах внутренних дел, при амбулаторном лечении аптечными организациями Министерства внутренних дел Российской Федерации или медицинскими организациями бесплатно по рецептам на лекарственные препараты и изделия медицинского назначения, выданным врачами медицинских организаций.

«Правила оказания медицинской помощи сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации в организациях государственной или муниципальной системы здраво-

охранения, за исключением медицинских организаций Министерства внутренних дел Российской Федерации, и возмещения расходов указанным организациям» определяют порядок оказания медицинской помощи в организациях государственной или муниципальной системы здравоохранения (далее — медицинские организации), за исключением медицинских организаций Министерства внутренних дел Российской Федерации, сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации (далее — сотрудники) при отсутствии по их месту службы, месту жительства или иному месту нахождения медицинских организаций Министерства внутренних дел Российской Федерации либо при отсутствии в них соответствующих отделений или специального медицинского оборудования, в том числе при наличии медицинских показаний для оказания экстренной медицинской помощи.

Расходы на оказание медицинской помощи сотрудникам возмещаются медицинским организациям территориальным органом Министерства внутренних дел Российской Федерации на региональном уровне, где проходят службу (проживают) сотрудники (далее — орган), по тарифам, действующим на территории соответствующего субъекта Российской Федерации (в медицинской организации) на момент оказания медицинской помощи, в соответствии с договором, заключенным между органом и медицинской организацией в соответствии с примерной формой согласно приложению, приведенному в Постановлении № 1232 (далее — договор).

К сожалению, данные формулировки оставляют большой простор для спорных толкований. Термин «тарифы» используется обычно применительно к системе ОМС. Медицинская организация обязана проинформировать об оказании помощи территориальный фонд обязательного медицинского страхования. Основные виды помощи, оказываемые в рамках данного постановления, относятся к видам помощи, входящим в ОМС (однако, как покажем ниже, не все). Поэтому





в общем случае при расчетах следует использовать тарифы, утвержденные в системе ОМС. Но как быть, если учреждение не работает в системе ОМС (какие-либо виды помощи, оказываемые в учреждении, по которым должны производиться расчеты, не включены в ОМС)? Тем более, что, по сути, для учреждений здравоохранения — это приносящая доходы деятельность, в рамках которой они должны возмещать коммунальные и иные расходы за счет доходов от этих услуг. Но пока еще далеко не во всех субъектах Российской Федерации в тарифы в системе ОМС включены расходы на содержание учреждений. По логике это должны были бы быть цены на платные медицинские услуги без включения прибыли (особенно по видам услуг, не включенным в ОМС). Кроме того, по действующему законодательству исполнительные органы государственной власти субъектов Российской Федерации имеют право устанавливать цены на платные услуги (относящиеся к основным видам деятельности) только для подведомственных учреждений и не имеют права — для муниципальных. Поэтому единых цен на платные услуги в субъекте Российской Федерации может и не быть. А в ряде субъектов Российской Федерации цены на платные услуги вообще не регламентируются. Очевидно, в этих случаях (когда тарифы на оказываемые учреждением в системе ОМС отсутствуют) речь должна идти именно о ценах на платные медицинские услуги. Тем более, что постановлением допускается применение и цен (тарифов), действующих в медицинской организации.

Основанием для заключения договора является обращение руководителей Министерства внутренних дел Российской Федерации, его территориальных органов, подразделений, организаций и служб в адрес руководителя соответствующего органа о необходимости его заключения в отношении сотрудников, проходящих службу в указанных органах внутренних дел Российской Федерации.

Направление сотрудников на плановое лечение или обследование (освидетельствование) в медицинские организации осуществляется медицинской организацией Министерства внутренних дел Российской Федерации, осуществляющей медицинское обслуживание прикрепленных к ней сотрудников.

О направлении сотрудников на плановое лечение или обследование (освидетельствование) медицинские организации Министерства внутренних дел Российской Федерации уведомляют соответствующий орган, который заключил договор с медицинской организацией.

Медицинская организация в течение 5 дней после завершения стационарного или амбулаторного лечения либо обследования (освидетельствования) сотрудника оформляет выписку из медицинской карты стационарного (амбулаторного) больного с указанием кодифицированного диагноза в соответствии с международной классификацией болезней, счет-фактуру в связи с оказанием медицинской помощи и направляет их в соответствующий орган, с которым заключен договор. Указанные документы представляются 1 раз в месяц, не позднее 20-го числа, в отношении всех прошедших лечение в этот период сотрудников. Одновременно медицинская организация информирует территориальный фонд обязательного медицинского страхования о факте лечения в медицинской организации сотрудников и о возмещении органом расходов на оказание сотрудникам медицинской помощи.

Возмещение расходов медицинской организации не производится в следующих случаях:

- в связи с оказанием сотрудникам скорой, в том числе специализированной (санитарно-авиационной), медицинской помощи;

- в связи с оказанием сотрудникам высокотехнологичной медицинской помощи, перечень видов которой утверждается Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, в специализированных медицинских организациях



здравоохранения в соответствии с государственным заданием на оказание высокотехнологичной медицинской помощи и в медицинских организациях субъектов Российской Федерации дополнительно к государственному заданию, сформированному в порядке, определяемом Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации;

— в связи с оказанием сотрудникам специализированной медицинской помощи в онкологических диспансерах (в части содержания), кожно-венерологических, противотуберкулезных, наркологических и других специализированных медицинских организациях субъектов Российской Федерации, входящих в перечень организаций здравоохранения, утверждаемый Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, при заболеваниях, передаваемых половым путем, туберкулезе, ВИЧ-инфекции и синдроме приобретенного иммунодефицита, психических расстройствах и расстройствах поведения, в том числе связанных с употреблением психоактивных веществ.

Указанные формулировки копируют соответствующие положения Постановления Правительства Российской Федерации от 21 октября 2011 г. № 856 «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год», касающиеся оказания медицинской помощи за счет бюджета. Фактически это означает, что не возмещается то, что финансируется из бюджета. Но с одной существенной оговоркой: в Постановлении № 856 указано, что за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации предоставляется первичная медико-санитарная помощь, оказываемая гражданам при заболеваниях, передаваемых половым путем, туберкулезе, психических расстройствах и расстройствах поведения, в том числе связанных с употреблением психоактивных

веществ. Получается, что эти виды помощи, оказываемые за счет средств бюджета, тоже должны возмещаться учреждениям здравоохранения. Именно на эти услуги нет тарифов в системе ОМС.

Заметим, что в соответствии с Постановлением № 911 возмещение расходов не осуществляется только по скорой медицинской помощи.

Возмещение органом расходов в связи с оказанием медицинской помощи по экстренным медицинским показаниям сотрудникам (в том числе находящимся вне постоянного места жительства в связи с отпуском, командировкой и в иных случаях) медицинской организации, с которой не заключен договор, осуществляется на основании указанных выше документов, представляемых медицинской организацией в орган.

Орган, с которым медицинской организацией заключен договор, осуществляет проверку счетов-фактур, сведений об оказанной сотрудникам медицинской помощи, обоснованности приема их на лечение (обследование, освидетельствование), качества и продолжительности их лечения (обследования, освидетельствования).

Утвержденные этим же постановлением «Правила медицинского обслуживания членов семей сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации, отдельных категорий граждан Российской Федерации, уволенных со службы в органах внутренних дел, в медицинских организациях Министерства внутренних дел Российской Федерации» определяют порядок медицинского обслуживания в медицинских организациях Министерства внутренних дел Российской Федерации, осуществляемого в пределах территориальной программы обязательного медицинского страхования и в установленных законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании случаях, в отношении:

— членов семьи сотрудника органов внутренних дел Российской Федерации и лиц,





находящихся на его иждивении и проживающих совместно с ним;

— граждан, уволенных со службы в органах внутренних дел с правом на пенсию и имеющим выслугу 20 лет и более (в том числе в льготном исчислении), за исключением лиц, уволенных со службы в органах внутренних дел по основаниям, указанным в части 8 статьи 3 Федерального закона «О социальных гарантиях сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации», и совместно проживающих с ними членов их семей.

Прикрепление указанных лиц на медицинское обслуживание к медицинским организациям Министерства внутренних дел Российской Федерации осуществляется по территориальному принципу на основании документов, подтверждающих их статус (справок подразделений по работе с личным составом органов внутренних дел, пенсион-

ных органов Министерства внутренних дел Российской Федерации о принадлежности к семье сотрудника органов внутренних дел Российской Федерации, гражданина Российской Федерации, уволенного со службы в органах внутренних дел, документов, подтверждающих совместное проживание, а для граждан, находящихся на иждивении, — дополнительно установленных законодательством Российской Федерации документов, подтверждающих их статус). Медицинские организации Министерства внутренних дел Российской Федерации проводят перeregistration указанных лиц не реже 1 раза в 3 года.

Направление этих лиц по медицинским показаниям на плановое лечение в ближайшие к месту их проживания стационарные медицинские организации Министерства внутренних дел Российской Федерации осуществляется медицинскими организациями Министерства внутренних дел Российской Федерации, к которым они прикреплены.

Органайзер



ВСЕРОССИЙСКАЯ ИНТЕРНЕТ-КОНФЕРЕНЦИЯ

«ФУНДАМЕНТАЛЬНАЯ НАУКА ДЛЯ МЕДИЦИНЫ – 2012»

Время проведения: с 1 по 31 марта 2012 г.

Место проведения: на сайте www.medconfer.com.

Организатор: ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского
Минздравсоцразвития России

Подробнее на сайте: www.medconfer.com

Контактная информация: info@medconfer.com



НА ВОПРОСЫ ОТВЕЧАЕТ д.э.н. Ф.Н. КАДЫРОВ



Наше учреждение достаточно хорошо оснащено, и мы часто выполняем сложные диагностические исследования для муниципальных учреждений, не имеющих необходимой диагностической аппаратуры. По каким ценам должны оплачиваться услуги, выполняемые для других муниципальных учреждений: по ценам, установленным для платных услуг, или тарифам, установленным в системе ОМС? Мы считаем, что по ценам платных услуг — ведь для нас это платные услуги. Тем более, что по многим видам диагностических услуг отдельных тарифов в системе ОМС вообще нет.

Да, это платные медицинские услуги, относящиеся к приносящей доходы деятельности, несмотря на то, что источником оплаты этих услуг для других учреждений служат средства обязательного медицинского страхования. Это вполне обычная ситуация — ведь за счет средств ОМС оплачиваются по коммерческим ценам медикаменты, продукты питания и т.д.

Что же касается цен, то это, действительно, будут цены на платные медицинские услуги. По своей сути. Но это вовсе не исключает того, что уровень этих цен может соответствовать тарифам (при их наличии) в системе обязательного медицинского страхования.

В Информационном письме Минздравсоцразвития России от 24 ноября 2011 г. № 14-3/10/2-11668 указывается: «Если медицинская организация самостоятельно не может выполнить стандарт медицинской помощи (например, провести больному магнитно-резонансную томографию), то она вправе направить больного для проведения ряда медицинских услуг в другую медицинскую организацию, оплатив ей в дальнейшем стоимость данной услуги по тарифам, принятым на территории субъекта Российской Федерации». Этот порядок (в какое учреждение обращаться при отсутствии своего оборудования) обычно устанавливают органы управления здравоохранением.





В соответствии с п. 4 статьи 9.2 Федерального закона от 12 января 1996 года № 7-ФЗ «О некоммерческих организациях» порядок определения платы при оказании бюджетными учреждениями платных услуг устанавливается соответствующим органом, осуществляющим функции и полномочия учредителя. Соответствующий орган должен определить, по какой именно цене должны осуществляться соответствующие медицинские услуги (исследования, процедуры и т.д.). За основу могут быть взяты и тарифы в системе ОМС на соответствующие медицинские услуги (если тарифы на эти услуги установлены). Это могут быть и цены на платные услуги без учета прибыли. Могут быть и другие варианты.

Таким образом, тарифы в системе ОМС не всегда могут служить основой цен в подобных ситуациях (особенно, если речь идет об оказании медицинской помощи по видам, не включенным в систему ОМС). По законодательству последнее слово остается за органом, осуществляющим функции и полномочия учредителя, — он может регулировать эту ситуацию или «отдать на откуп» самим учреждениям.

Кто должен устанавливать цены на платные услуги для автономных учреждений? Имеют ли они право делать это самостоятельно?

Федеральный закон от 3 ноября 2006 года № 174-ФЗ «Об автономных учреждениях» (в отличие, например, от Федерального закона «О некоммерческих организациях»), не предполагает полномочий органа, осуществляющего функции и полномочия учредителя (а также наблюдательного совета) по установлению порядка формирования цен на платные услуги. Казалось бы, это означает, что автономные учреждения вправе самостоятельно устанавливать цены на платные услуги. Однако это не совсем так. Статья 17 Федерального закона «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» определяет, что в целях решения вопросов местного значения органы местного самоуправления обладают полномочиями по установлению тарифов на услуги, предоставляемые муниципальными предприятиями и учреждениями, и работы, выполняемые муниципальными предприятиями и учреждениями, если иное не предусмотрено федеральными законами. Исключений для муниципальных автономных учреждений не установлено.

Поэтому муниципальные органы вправе регулировать цены на платные услуги своих (**муниципальных**) автономных учреждений.

Что же касается **государственных** автономных учреждений, то государственное регулирование цен на платные медицинские услуги осуществляется в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 7 марта 1995 г. № 239 «О мерах по упорядочению государственного регулирования цен (тарифов)». В соответствии с этим постановлением не применяется государственное регулирование цен (тарифов), надбавок для всех хозяйствующих субъектов независимо от их организационно-правовых форм и ведомственной принадлежности, осуществляющее путем установления фиксированных цен, предельных цен, надбавок, предельных коэффициентов изменения цен, предельного уровня рентабельности, декларирования повышения цен на все виды продукции, товаров и услуг, кроме предусмотренных в этом постановлении. Платные медицинские услуги ни в один из трех перечней, содержащихся в этом постановлении, не вошли. Это означает, что государственное регулирование цен на платные медицинские услуги в отношении автономных учреждений не применяется.



Возвращаясь к муниципальным автономным учреждениям, отметим, что их перевод в собственность субъекта Российской Федерации снимает эту проблему — для них такой перевод означает уход от регулирования цен на платные медицинские услуги.



Как оказывается медицинская помощь сотрудникам полиции? Распространяется ли на них по прежнему Постановление Правительства Российской Федерации от 31 декабря 2004 г. № 911 «О порядке оказания медицинской помощи, санаторно-курортного обеспечения и осуществления отдельных выплат некоторым категориям военнослужащих, сотрудников правоохранительных органов и членам их семей»?

Нет, указанное Постановление № 911 больше не применяется в отношении сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации, членов их семей, граждан Российской Федерации, уволенных со службы в органах внутренних дел с правом на пенсию и имеющих стаж службы в органах внутренних дел 20 лет и более (в том числе в льготном исчислении). Данное постановление не утратило силу, однако в отношении указанных контингентов с 01.01.2012 действует Постановление Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2011 г. № 1232 «О порядке оказания сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации, отдельным категориям граждан Российской Федерации, уволенным со службы в органах внутренних дел, и членам их семей медицинской помощи и их санаторно-курортного обеспечения».



Часто приходится слышать о том, что в соответствии с законом об ОМС с 2013 г. будет полный тариф. Но в самом законе об ОМС об этом ничего не говорится. Как это понимать?

В соответствии с частью 7 статьи 35 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение оборудования стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.





Эта статья вступает в силу с 1 января 2012 года. Казалось бы, что и полный тариф должен вводиться с 1 января 2012 года. Однако частью 3 статьи 51 установлено, что с 1 января 2011 года по 31 декабря 2012 года тариф на оплату медицинской помощи:

1) в части базовой программы обязательного медицинского страхования включает в себя расходы, определенные Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, утвержденной Правительством Российской Федерации;

2) в части территориальных программ обязательного медицинского страхования может включать в себя часть расходов на оплату труда, начисления на выплаты по оплате труда (в части прочих выплат), расходы на оплату услуг связи, транспортных и коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение оборудования стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

То есть полный тариф может быть введен территориальной программой уже с 2012 года, но в обязательном порядке — только с 2013 года.

Кроме того, корректнее все же говорить об условно полном тарифе, поскольку он не будет включать в себя расходы на приобретение оборудования стоимостью свыше 100 тысяч рублей за единицу, на капитальный ремонт и т.д.

Здравоохранение-2012

ОБ ОТСУТСТВИИ ПОЛНОЦЕННОЙ КОНКУРЕНЦИИ В ОТЕЧЕСТВЕННОМ ЗДРАВОХРАНЕНИИ

В Москве прошел I Национальный Конгресс частных медицинских организаций, в работе которого приняли участие более 200 человек из 46 регионов РФ. Общую оценку имеющихся проблем в здравоохранении выразил руководитель Федеральной антимонопольной службы Игорь Артемьев: «Подавляющее количество проблем отечественного здравоохранения связано с отсутствием полноценной конкуренции в отрасли, что выражается в том числе в запретах доступа частных медицинских организаций к оказанию определенных видов медицинской помощи; дискриминации частных медицинских организаций при распределении государственных и муниципальных ресурсов, в возможности государства и муниципальных организаций использовать для оказания платных услуг имеющееся имущество, предназначенное для оказания бесплатных услуг, что приводит к демпингу цен. Не последними «ограничителями» развития рынка частных медицинских услуг являются и дискриминация частных медицинских организаций при осуществлении лицензионного надзора, ограничение деятельности частных образовательных организаций, осуществляющих профессиональную переподготовку и повышение квалификации медицинских работников, и т.п.».

По итогам работы Конгресс принял Резолюцию и Программу развития здравоохранения РФ. Указанные меры дадут развитие современным государственным, муниципальным и частным клиникам по примеру развитых стран; дадут толчок к развитию практической медицины и медицинской науки в России. Весь этот комплекс мер позволит привести отечественное здравоохранение к уровню развитых мировых держав.

Источник: МВ



HTTP://MIRVRACHA.RU/ ПОРТАЛ «МИР ВРАЧА»

 ткрылся еще один профессиональный медицинский Интернет-портал для врачей и студентов-медиков «Мир врача». Размещённые на портале материалы касаются всех составляющих деятельности современного врача: стандарты лечения, лекарственные препараты, расчёты важнейших физиологических показателей (раздел **«Калькуляторы»**), интереснейшие клинические случаи и, конечно же, врачебные дискуссии и общение на форуме.

Создатели проекта стремятся заинтересовать нашу аудиторию полезными ссылками и материалами, необходимыми врачам в их повседневной практике.

Новый раздел **«Alma Mater»** создает площадку для общения студентов и выпускников медицинских ВУЗов России с целью развития и углубления межуниверситетских связей.

Для: Помощь пользователя Общая ссылка

МИР ВРАЧА

Крупнейшая база ресурсов для врачей и студентов-медиков — все бесплатно!

Вход для зарегистрированных пользователей

E-mail Запомнить меня

Бесплатный ресурс, присоединяйтесь!

Фамилия	Имя	Отчество
E-mail	Email-подтверждение	

ЗАРЕГИСТРИРОВАТЬСЯ

ЧИТАЙТЕ 

ОБЩАЙТЕСЬ 

ПОЛЬЗУЙТЕСЬ 

В разделе «Статьи» более 100 расширенных резюме зарубежных статей по всем специальностям.

В разделе «Медицинская карьера» — практическая информация об интернатуре и работе в разных странах мира.

В разделе «Дискуссии недели» — видео-интервью на самые актуальные темы с ведущими специалистами.

В разделе «Клинические случаи» — представление и обсуждение интересных и уникальных клинических случаев.

В разделе «Клинические рекомендации» — крупнейшая библиотека российских стандартов медицинской помощи и зарубежных клинических рекомендаций.

В разделе «Медицинские калькуляторы» — что должно быть под рукой у врача? Интерактивные медицинские калькуляторы!

В разделе «База данных лекарств» — 18 000 наименований с полными текстами инструкций.

В разделе «Клинические исследования» — уникальная база данных 250 клинических исследований, проводимых в России.



НОВОСТИ ГЛОБАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ

СЕРДЦЕБИЕНИЕ ПОМОЖЕТ НАДЕЖНО ЗАШИФРОВАТЬ ДАННЫЕ

Ученые из Китая разработали инновационную систему шифрования на основе биения сердца. Такой способ, уверяют исследователи, надежно защитит данные, поскольку основной «рисунок» пульса индивидуален для каждого человека и никогда не повторяется в точности.

Чтобы получить из ритма сердцебиения *的独特ные математические функции*, Чунь-лян Линь из Национального университета Чжунсин в Тайчжуне (остров Тайвань) использовал *электрокардиограф*. После этого извлеченные данные использовались для создания секретного ключа, необходимого для дешифровки.

Впрочем до создания полноценных защищенных устройств на основе крипtosистемы Линя еще далеко. К этому времени она умеет лишь считывать показатели ЭКГ с каждой ладони пользователя и записывать полученный ключ для последующих дешифровок.

В перспективе новая крипtosистема позволит создавать жесткие диски, «флешки» и другие устройства, которые будут расшифровывать данные в ответ на прикосновение.

Работа исследователей вскоре будет опубликована в научном журнале *Information Sciences*
Источник: NewScientist.

ЛЕКАРСТВО ОТ РАКА ИЗБАВИЛО МЫШЕЙ ОТ ПОСЛЕДСТВИЙ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА

Антираковый препарат бексаротен вылечил лабораторных мышей от самых заметных симптомов болезни Альцгеймера — снижения сообразительности и притупления обоняния, заявляют американские нейрофизиологи в статье, опубликованной в журнале *Science*. Считается, что *болезнь Альцгеймера* вызывается накоплением внутри нейронов патогенного вещества, *белка бета-амилоида*. Этот пептид образуется из «обреков» белка APP, который участвует в процессах починки поврежденных нейронов и формирования долговременных связей между ними.

Нарушения в переработке «старых» молекул этого белка приводят к появлению бляшек бета-амилоида и уничтожению нервных клеток.

Группа ученых под руководством Гэри Ландрета (Gary Landreth) из Университетской медицинской школы Кейс Вэстэрн в городе Кливленд (США) изучала, *как клетки мозга мышей реагируют на молекулы бексаротена — препарата, применяющегося для уничтожения лимфатических раковых опухолей*.

Как отмечают ученые, это вещество активизирует работу так называемых «ретиноидных X-рецепторов» — специальных клеточных датчиков, которые увеличивают или уменьшают производство тех или иных белков при поступлении сигнальных молекул. Помимо *антираковых белков*, бексаротен заставляет клетки вырабатывать повышенное количество одного из белков крови — аполипопротеина E (АроЕ).

Еще в 2008 году другая группа ученых под руководством Ландрета обнаружила, что аполипопротеин E ускоряет вывод бляшек бета-амилоида из нервных клеток.

На этот раз авторы статьи решили проверить, как повлияет бексаротен на здоровье мышей, которые страдали болезнью Альцгеймера.



Для этого ученые вырастили популяцию мышей с поврежденным геном APP, дождались наступления активной фазы болезни Альцгеймера и добавили бексаротен в корм грызунов. В отличие от множества других лекарственных препаратов, бексаротен умеет проникать через барьер между кровеносной системой и мозгом, что делает возможным его применение в любой удобной для медиков форме.

К удивлению Ландрета и его коллег противораковый препарат оказался чрезвычайно эффективным в деле уничтожения белковых бляшек: за шесть часов после приема пищи их количество уменьшилось на четверть, а через трое суток исчезло еще 50% клубков бета-амилоида.

По словам ученых, молекулы бексаротена взаимодействуют с иммунными клетками в тканях мозга и заставляют их «поедать» белковые клубки. [em]

«Это просто невероятное открытие. Ранее разработанные стратегии лечения болезни Альцгеймера необходимо применять в течение нескольких месяцев для заметного снижения числа белковых бляшек», — пояснил один из авторов статьи Пейдж Крамер (Paige Cramer) из Университетской медицинской школы Кейс Вэстэрн.

Кроме того, исчезли и внешние признаки болезни Альцгеймера. Грызуны стали ощущать запахи не хуже своих здоровых собратьев уже через три дня после начала терапии, после чего они «вспомнили», как собирать гнезда из обрывков бумаги.

«Эта работа была особенно интересной и оправдывающей себя из-за того, что мы сделали неожиданное открытие и нашли потенциальное средство для борьбы с болезнью Альцгеймера. Нужно ясно представлять, что бексаротен очень хорошо проявил себя в экспериментах с мышами. Наша следующая задача — проверить, будет ли он вести себя аналогичным образом в мозге человека. Мы находимся лишь на первых ступенях превращения научного открытия в медицинский препарат», — заключает Ландрет.

Источник: Science.

ТАБЛЕТКА ВМЕСТО ФИЗЗАРЯДКИ: УЧЕНЫЕ ОТКРЫЛИ НОВЫЙ ГОРМОН

Aмериканские ученые открыли гормон, оказывающий на мышечную ткань такой же эффект, что и физические упражнения: он сжигает калории, улучшая использование мышцами инсулина, и, возможно, увеличивает мышечную силу. Они надеются, что в конечном итоге это открытие может быть использовано для лечения ожирения, сахарного диабета и потенциально нервно-мышечных заболеваний, таких как миодистрофия.

В статье, опубликованной он-лайн в журнале Nature, группа ученых под руководством Брюса Шпигельмана (Bruce Spiegelman), PhD, из Онкологического института Дана-Фарбера (Dana-Farber Cancer Institute) в Бостоне сообщает, что вновь открытый гормон присутствует в организме и мышей, и человека. Он способствует превращению клеток белого жира — депо лишних калорий — в бурый жир, генерирующий тепло.

Так как гормон найден и у мышей, и у человека, профессор Б. Шпигельман полагает, что он, возможно, служил выработанной в ходе эволюции защитой от холода, вызывая дрожь. В честь греческой богини-посланницы Ирис, позволявшей людям общаться с богами, он назвал его ирисином (irisin), так как, вероятно,



именно этот гормон является посредником между физическими нагрузками и различными тканями организма.

За первые 10 дней лечения ирисином мыши потеряли несколько граммов: исследование показало, что в организме животных активировались некоторые гены, участвующие в обеспечении клеток энергией. Кроме того, ирисин снижал вред, наносимый организму диетой с высоким содержанием жиров, защищая мышей от ожирения и сахарного диабета.

«Мы надеемся, хотя у нас нет доказательств, что этот гормон может воспроизводить некоторые другие полезные свойства физических упражнений, возможно, в нервно-мышечной системе», — комментирует результаты своей работы профессор Б. Шпигельман.

Если это так, его можно будет использовать и для лечения таких заболеваний, как миодистрофия и мышечная атрофия.

Ученым еще предстоит выяснить, насколько серьезную помощь ирисин может оказывать пациентам с сахарным диабетом и другими проблемами со здоровьем.

«Я настроен оптимистично, но не хочу давать чрезмерных обещаний, которые не оправдали бы надежд», — говорит доктор Б. Шпигельман, являющийся также профессором клеточной биологии и медицины Гарвардской медицинской школы (Harvard Medical School).

Декан Гарвардской медицинской школы эндокринолог Джейффи Флайер (Jeffrey Flier) высоко оценивает полученные Б. Шпигельманом результаты и считает, что «это исследование открывает совершенно новый подход к пониманию связи между физическими нагрузками, массой тела и сахарным диабетом». По его мнению, ирисин обладает хорошим терапевтическим потенциалом, а работа Б. Шпигельмана «может изменить правила игры в области лечения метаболических заболеваний».

Для развития и коммерческого продвижения своих проектов, связанных с бурным жиром, включая ирисин, профессор Б. Шпигельман основал в Бостоне компанию под названием Ember Therapeutics.

Однако не все в научном сообществе разделяют оптимизм Шпигельмана и его коллег. Профессор биологии и биоинженерии Массачусетского технологического института (Massachusetts Institute of Technology) Харви Лодиш (Harvey Lodish), научный сотрудник Института медико-биологических исследований Уайтхеда (Whitehead Institute for Biomedical Research), выражает обоснованные, по его мнению, сомнения в осуществимости его планов. В целом отзываясь о новом исследовании как об очень красивом и изящном, он считает, что получить из ирисина лекарственный препарат будет сложнее, чем представляется Б. Шпигельману. Сам Х. Лодиш в течение многих лет пытался получить лекарственный препарат из адипонектина — гормона, открытого им в середине 1990-х годов, но ему так и не удалось достичь этой цели.

Концентрация обоих гормонов в крови уже настолько высока, что ее дальнейшее повышение, достаточное для достижения терапевтического эффекта, является очень сложной задачей, считает ученый. Существует, правда, вариант доставки ирисина с помощью генной терапии — модифицированной версии системы доставки, которую Б. Шпигельман использовал в своих исследованиях. Тем не менее Х. Лодиш сомневается в успехе.

Источник: <http://www.technologyreview.com/...icine/39449/?...>



РАЗРАБОТАНА УНИКАЛЬНАЯ ГИБРИДНАЯ МОЛЕКУЛА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОПОРОЗА СТВОЛОВЫМИ КЛЕТКАМИ

Группа исследователей под руководством ученых из Калифорнийского университета в Дэвисе (University of California — Davis) разработала новый метод стимуляции роста костей с помощью молекулы, которая при введении в кровь направляет к их поверхности стволовые клетки костного мозга.

Достигнув поверхности кости, стволовые клетки дифференцируются в клетки, образующие кость, и синтезируют белки, усиливающие ее рост. В исследовании, опубликованном в журнале *Nature Medicine*, ученые использовали мышью модель остеопороза, чтобы продемонстрировать уникальный подход к лечению, повышающий плотность костной ткани и предотвращающий потерю костной массы, связанные со старением и дефицитом в организме женских половых гормонов эстрогенов.

«Даже у пожилых людей много стволовых клеток, но они не охотно мигрируют к костям», — говорит ведущий автор исследования Вэй Яо (Wei Yao). «Разработка молекулы, которая связывается со стволовыми клетками и направляет их к нужной нам цели, — это настоящий прорыв».

Ученые изучают стволовые клетки как возможный метод лечения широкого спектра болезней и травм — от поражения периферических артерий и макулярной дегенерации до болезней крови и органов и кожных ран. Однако заставить стволовые клетки мигрировать к поверхности костей и стимулировать их рост долго оставалось одной из недостижимых целей регенеративной медицины.

Американские ученые использовали уникальную гибридную молекулу, LLP2A-алендронат, разработанную группой во главе с Китом Ламом (Kit Lam), профессором и заведующим кафедрой биохимии и молекулярной медицины UC Davis. Гибридная молекула состоит из двух частей: синтетической молекулы-лиганды LLP2A, связывающейся с мезенхимальными стволовыми клетками в костном мозге, и второй части, состоящей из «самонаводящегося» препарата для лечения костей — алэндроната. После введения в кровь гибридная молекула связывается с мезенхимальными стволовыми клетками в костном мозге и направляет эти клетки к поверхности костей, где они выполняют свои естественные функции — образование и восстановление костной ткани.

«Наше исследование подтверждает, что молекулы, связывающиеся со стволовыми клетками, могут быть использованы для их направления к органам животного, нуждающимся в лечении», — комментирует работу профессор Лам. «Это очень важный шаг к тому, чтобы сделать этот тип лечения стволовыми клетками реальностью».

Костная масса и прочность бедренной кости и позвоночника мышей увеличились через двенадцать недель после введения им гибридных молекул. Положительные процессы в костях протекали как у мышей в возрасте активной потери костной массы, так и у животных с моделью менопаузы.

Алэндронат, известный также под торговой маркой Фосамакс (Fosamax), обычно назначается женщинам с остеопорозом, чтобы снизить риск переломов. Ученые включили алэндронат в гибридную молекулу, потому что, попадая в кровь, она направляется прямо к поверхности костей и замедляет скорость их разрушения. По словам соавтора исследования Нэнси Лейн (Nancy Lane), доза алэндроната в гибридном соединении низка и вряд ли способна снизить его терапевтический эффект.





«Впервые мы, возможно, нашли потенциальный способ направить собственные стволовые клетки пациента к поверхности кости, где они могут ее восстановить», — говорит профессор медицины и ревматологии Лейн, специалист по остеопорозу. «Этот метод может совершить революцию в терапии остеопороза, а также других заболеваний, требующих образования новой костной ткани».

Остеопороз является одной из основных проблем общественного здравоохранения, учитывая тот факт, что только в США им страдают 44 миллиона американок. Несмотря на доступность эффективных лекарственных препаратов, способных снизить риск переломов, в том числе алендроната, их назначение ограничивается потенциально опасными последствиями длительного применения.

Старение уменьшает количество мезенхимальных стволовых клеток (МСК), дифференцирующихся в костном мозге в остеобlastы, что приводит к нарушению остеогенеза. Стимуляция дифференцировки МСК в остеогенном направлении могла бы стать надежным способом регенерации кости. Ученые разработали метод, позволяющий направить МСК к поверхности кости путем присоединения синтетического лиганда-пептидомиметика (LLP2A) с высоким сродством и специфичностью к белку интегрину $\alpha 4\beta 1$ на поверхности МСК к бисфосфонату (алендронату, Ale) с высокой аффинностью к костной ткани. Гибридная молекула LLP2A-Ale индуцирует миграцию МСК и остеогенную дифференцировку *in vitro*. Одно внутривенное введение LLP2A-Ale усиливает образование губчатой кости и костной массы как в ксенотранспланционных исследованиях, так и у иммунокомпетентных мышей. Кроме того, LLP2A-Ale предотвращает возрастную и вызванную дефицитом эстрогенов потерю трабекулярной костной массы. Эти результаты являются доказательством принципа, что LLP2A-Ale может направлять МСК к кости и стимулировать образование новой костной ткани и увеличение прочности костей. На фото стволовые клетки костного мозга, выращенные в остеогенной среде (контроль) и с LLP2A-Ale. Колониеобразующие фибробластические клетки (CFU-F) окрашены фиолетовым, колониеобразующие остеобlastы (CFU-Ob), субпопуляция CFU-F, — красным.

Основными причинами развития остеопороза у женщин являются дефицит эстрогенов, старение и избыток стероидов в результате лечения хронических воспалительных заболеваний, таких как ревматоидный артрит. Как правило, остеопороз, вызванный этими метаболическими заболеваниями, развивается в результате изменений в цикле ремоделирования костной ткани, которые ослабляют архитектуру кости и увеличивают риск переломов.

Ученые отмечают, что использование этого метода регенеративной медицины не ограничивается терапией остеопороза. Он может оказаться бесценным и при других нарушениях и заболеваниях, когда необходимо усилить восстановление костной ткани, например, при переломах, костных инфекциях или раке.

По мнению одного из участников исследования, директора Института регенеративной терапии (Institute for Regenerative Cures) при UC Davis Йены Нолты (Jan Nolta), полученные результаты являются весьма перспективными с точки зрения их клинического применения. «Мы показали эффективность этого потенциального метода терапии на грызунах, и теперь наша цель — перейти к его клиническим испытаниям».

Источник: <http://www.ucdmc.ucdavis.edu/...ewsroom/6195>,
<http://dx.doi.org/10.1038/nm.2665>



ОБЗОР АКТУАЛЬНЫХ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

ПОДГОТОВЛЕН КОМПАНИЕЙ «ГАРАНТ»

РАЗРАБОТАНА НОМЕНКЛАТУРА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

*Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 27 декабря 2011 г. № 1664н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»
Зарегистрирован в Минюсте РФ 24 января 2012 г. Регистрационный № 23 010.*

Утверждена номенклатура (перечень) медицинских услуг. Ее разработка предусмотрена законом, который пришел на смену Основам законодательства об охране здоровья граждан.

Код услуги состоит из буквенно-цифрового шифра от 8 до 11 (12) знаков. 1-й знак — это класс услуги. 2-й и 3-й — раздел (тип). 4-й и 5-й (6-й) — подраздел. С 6 по 11 знаки (с 7 по 12) — порядковый номер (группы, подгруппы).

Перечень разделен на 2 класса («А» и «В»), построенные по иерархическому признаку. 1-й включает услуги, представляющие собой определенные виды медицинских вмешательств, направленные на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющие самостоятельное законченное значение. 2-й — услуги, являющиеся комплексом таких вмешательств. Разделы класса «А» обозначают определенный тип медицинской услуги (напр., исследования с помощью радионуклидов и методы радиационной терапии). Подразделы — анатомно-функциональную область (напр., мышечная система). Разделы класса «В» — определенный тип услуги (в частности, врачебная лечебно-диагностическая). Подразделы — перечень медицинских специальностей.

Следует отметить, что в 2004 г. Минздравсоцразвития РФ утвердило номенклатуру работ и услуг в здравоохранении, включающую 6 основных разделов. Раздел А — «Простые услуги». В — «Сложные и комплексные услуги». С — «Сложные и комплексные услуги. Состав». D — «Манипуляции, исследования, процедуры и работы в здравоохранении». F — «Услуги медицинского сервиса».

ЛИЦЕНЗИИ НА МЕДИЦИНСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, ВЫДАННЫЕ ДО 1 ЯНВАРЯ 2012 Г., ДЕЙСТВУЮТ ДО ИСТЕЧЕНИЯ УКАЗАННОГО В НИХ СРОКА

Письмо Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 16 декабря 2011 г. № 12-1/10/2-12710 «О разъяснении порядка лицензирования медицинской деятельности»

Минздравсоцразвития России сообщает следующее. При заполнении бланка лицензии на осуществление медицинской деятельности наименование вида деятельности следует указывать полностью. Сокращения не допускаются.

Лицензии, выданные до 1 января 2012 г., не подлежат переоформлению в связи с изменением классификации видов медицинской помощи и перечня оказываемых услуг. Они действуют до истечения указанного в них срока. Это касается и лицензий, содержащих новый перечень работ и услуг.

Решение о рассмотрении заявления о предоставлении (переоформлении) лицензии и прилагаемых к нему документов выносится в виде приказа или распоряжения. При этом лицензирующий орган самостоятельно выбирает способ оформления.





По мнению Министерства, при осуществлении лицензиатом деятельности по новому адресу или при выполнении новых работ (услуг) в заявлении о переоформлении лицензии необходимо указать сведения, подтверждающие его соответствие всем установленным требованиям.

ОМС: УТЧНЕН ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ОТЧЕТОВ ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СУБСИДИЙ, ВЫДЕЛЕННЫХ НА ДОПДИСПАНСЕРИЗАЦИЮ РАБОТНИКОВ

Приказ Федерального фонда ОМС от 12 декабря 2011 г. № 227 «О внесении изменений в приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 14 марта 2008 г. № 57 «Об утверждении форм и порядка представления отчетов об использовании субсидий на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан» (не вступил в силу)

Зарегистрирован в Минюсте РФ 17 января 2012 г. Регистрационный № 22 917.

В 2012 г. на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан из бюджета ФФОМС бюджетам ТФОМС выделяются субсидии.

ТФОМС ежемесячно представляют в ФФОМС отчеты об их использовании (до 20 числа месяца, следующего за отчетным).

Медорганизации, получившие средства на дополнительную диспансеризацию, ежемесячно отчитываются перед ТФОМС об их использовании (до 10 числа месяца, следующего за отчетным).

Уточняется следующее. Если дата представления указанных отчетов приходится на нерабочий (выходной) день, то она переносится на 1-й рабочий день, следующий за ним.

ДОХОДЫ БЮДЖЕТОВ ПФР, ФСС И ФФОМС РФ, А ТАКЖЕ АДМИНИСТРИРУЕМЫЕ ЦБР: КОДЫ ПОДВИДОВ НА ЭТОТ ГОД

Письмо Минфина РФ от 13 января 2012 г. № 02-04-08/62 «Об особенностях применения Центральным банком Российской Федерации и государственными внебюджетными фондами Российской Федерации кодов подвидов доходов бюджетов в 2012 году»

Приведены коды подвидов доходов федерального бюджета, администрируемых ЦБР, а также доходов бюджетов ПФР, ФСС и ФФОМС РФ на 2012 г. Так, денежные взыскания (штрафы) за нарушение законодательства о банках и банковской деятельности учитываются по коду 999 116 14000 01 6000 140, доходы от размещения временно свободных средств ФФОМС — 394 1 11 02071 08 6000 120.

Виды доходов, детализируемые по кодам подвидов: 6000 — федеральные госорганы, Банк России, органы управления государственными внебюджетными фондами; 7000 — федеральные казенные учреждения.

ПЕРЕХОД НА КРИТЕРИИ РОЖДЕНИЯ, РЕКОМЕНДОВАННЫЕ ВОЗ: ЧТО ИЗМЕНИЛОСЬ?

Письмо Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 29 декабря 2011 г. № 15-4/4240-07 «О выдаче медицинского свидетельства о рождении»

С 01.01.2012 применяются критерии рождения, рекомендованные ВОЗ.

В связи с этим Минздравсоцразвития России установлено, что на новорожденных, родившихся живыми, выдается медицинское свидетельство о рождении (форма 103/у).

На переходный период возможна выдача медицинских свидетельств о рождении по учетной форме № 103/у-08.



Медпомощь женщинам при преждевременных родах должна оказываться в соответствии с клиническим протоколом, утвержденным методическим письмом № 15-4/10/2-12700 от 16.12.2011.

Медпомощь новорожденным, интенсивная терапия и выхаживание детей с экстремально низкой и очень низкой массой тела осуществляются согласно клиническому протоколу, утвержденному методическим письмом № 15-0/10/2-11336 от 16.11.2011.

Листок нетрудоспособности при преждевременных родах, наступивших в период от 22 до 30 недель беременности, выдается на 156 календарных дней.

В КАКИХ СЛУЧАЯХ ОПЛАТА ПРОЕЗДА РАБОТНИКОВ К МЕСТУ ПРОВЕДЕНИЯ МЕДОСМОТРА И ПРОЖИВАНИЯ ТАМ ОБЛАГАЕТСЯ К НДФЛ?

Письмо Департамента налоговой и таможенно-тарифной политики Минфина РФ от 20 декабря 2011 г. № 03-04-06/6-349 «О налогообложении НДФЛ сумм оплаты организацией стоимости проезда сотрудников к месту проведения медицинских осмотров и проживания в месте их проведения»

Некоторые категории работников для подтверждения своей профпригодности и предупреждения профзаболеваний должны проходить медосмотры (предварительные, периодические и внеочередные). Речь идет о лицах, занятых на тяжелых работах, транспорте, а также на работах, с вредными и (или) опасными условиями труда.

Указанные медосмотры проводятся за счет средств работодателя. Им также оплачивается проезд работников к месту их проведения и проживание там. Эти суммы не признаются экономической выгодой (доходом) работников, так как прохождение медосмотра является обязанностью каждого из сотрудников. Следовательно, они не облагаются НДФЛ.

Вместе с тем оплата за налогоплательщика (полностью или частично) организациями товаров (работ, услуг) в его интересах признается доходом, полученным им в натуральной форме.

Таким образом, оплата организацией проезда работников к месту проведения иных медосмотров и проживания там признается их доходом, полученным в натуральной форме, и облагается НДФЛ.

РЕГИОНАМ И НЕКОТОРЫМ ФГУ ИЗ ФЕДЕРАЛЬНОГО БЮДЖЕТА ВОЗМЕСТЯТ РАСХОДЫ НА ЗАКУПКУ ОБОРУДОВАНИЯ ДЛЯ РАЗВИТИЯ СЛУЖБЫ КРОВИ

Постановление Правительства РФ от 30 декабря 2011 г. № 1218 «О финансовом обеспечении за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета мероприятий по развитию службы крови»

ФМБА России из федерального бюджета выделяются средства на покрытие расходов на реализацию мероприятий по развитию службы крови. Последние направлены, в частности, на закупку оборудования по заготовке, переработке, хранению и обеспечению безопасности донорской крови и ее компонентов. На выполнение работ и оказание услуг по пропаганде массового донорства крови.

В Агентство необходимо подать заявку на поставку медицинского и компьютерного оборудования. Поставка производится на основе государственных контрактов. Установлены правила и условия передачи приобретаемого за счет бюджетных ассигнований оборудования.

Компьютерное и сетевое оборудование с лицензионным программным обеспечением для создания единой информационной базы данных и программно-технические средства защиты этой базы передаются в собственность регионов.





Установлен порядок предоставления и распределения субсидий регионам на софинансирование расходных обязательств, связанных с реализацией мероприятий по развитию службы крови. Определены условия выделения средств.

ФМБА России и высший исполнительный орган власти региона заключают соглашение. Средства перечисляются на счета территориальных органов Федерального казначейства.

При несоблюдении условий выделения субсидии ее перечисление приостанавливается. Если в отчетном году не достигнуто установленное значение показателя результативности предоставления средств, то их размер пропорционально сокращается. Освободившиеся суммы распределяются между другими регионами. Не использованный на 1 января очередного финансового года остаток субсидии возвращается в федеральный бюджет. Это касается и средств, израсходованных не по целевому назначению.

Постановление вступает в силу с 1 января 2012 г.

СТАТНАБЛЮДЕНИЕ В СФЕРЕ ОМС: ОБНОВЛЕННЫЕ ФОРМЫ

Приказ Федеральной службы государственной статистики от 29 декабря 2011 г. № 519 «Об утверждении статистического инструментария для организации Минздравсоцразвития России федерального статистического наблюдения в сфере обязательного медицинского страхования»

Обновлены формы федерального статнаблюдения в сфере ОМС.

С отчета за январь-март 2012 г. по обновленным формам № 10 (ОМС) и № 14-Ф (ОМС) подаются сведения о поступлении и расходовании средств ОМС страховыми медицинскими организациями и медорганизациями. С отчета за январь-июнь 2012 г. по форме № 14-МЕД (ОМС), изложенной в новой редакции, направляется информация о работе медорганизаций в сфере ОМС. Регламентирован порядок их заполнения.

РОСЗДРАВНАДЗОР СЛЕДИТ ЗА ПРИМЕНЕНИЕМ ЦЕН НА ЖИЗНЕННО НЕОБХОДИМЫЕ И ВАЖНЕЙШИЕ ЛЕКАРСТВА

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 3 октября 2011 г. № 1128 «Об утверждении Административного регламента Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития по исполнению государственной функции по осуществлению контроля за применением цен на лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 18 января 2012 г. Регистрационный № 22 961.

Росздравнадзор осуществляет контроль за применением цен на лекарственные препараты, включенные в перечень жизненно необходимых и важнейших (ЖНВЛП).

Утвержден административный регламент, закрепляющий, как Служба и ее региональные управлении исполняют эту функцию.

Проверяется следующее. Соблюдаются ли правила формирования розничных и оптовых отпускных цен на ЖНВЛП субъектами, осуществляющими торговлю, а также правила формирования отпускных цен производителями лекарств? Размещается ли в торговых залах информация для населения о предельных розничных ценах на ЖНВЛП с учетом предельных размеров оптовых и розничных надбавок? Актуализируются ли эти сведения? Выполняются ли требования к наличию и порядку оформления протоколов согласования цен поставки ЖНВЛП? Соблюдается ли законодательство, касающееся ЖНВЛП, на которые не зарегистрирована установленная производителями предельная отпускная цена?



Перечислены права и обязанности сотрудников Службы (ее региональных управлений), а также лиц, в отношении которых осуществляется контроль.

Установлено, как предоставляется информация об исполнении функции.

Определено, как формируется план проверок. Закреплен порядок плановых и внеплановых контрольных мероприятий. По результатам проверки составляется акт. Если выявлены нарушения, то субъекту обращения лекарств выдается предписание. При наличии признаков административного правонарушения составляется соответствующий протокол.

Установлены порядок и формы контроля за исполнением функции. Решения и действия (бездействие) проверяющего органа (его должностных лиц) можно обжаловать.

Приведены сведения о региональных управлениях Росздравнадзора.

ДОПОЛНЯЕТСЯ ПЕРЕЧЕНЬ ОРГАНИЗАЦИЙ, В КОТОРЫХ ЛЬГОТНИКИ МОГУТ БЕСПЛАТНО ПРОЙТИ САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 20 декабря 2011 г. № 1589н «О внесении изменений в Перечень санаторно-курортных учреждений (государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения), в которые предоставляются путевки на санаторно-курортное лечение граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 11 октября 2010 г. № 873н» (не вступил в силу)

Зарегистрирован в Минюсте РФ 30 декабря 2011 г. Регистрационный № 22 862.

Некоторым категориям граждан предоставляется социальная помощь в виде набора социальных услуг. Речь идет об инвалидах войны, участниках Великой Отечественной войны, ветеранах боевых действий из числа военнослужащих и приравненных к ним сотрудников органов власти, инвалидах и т. д. Одной из таких услуг является бесплатное санаторно-курортное лечение по медицинским показаниям.

Дополняется перечень санаторно-курортных учреждений, в которые указанным категориям граждан предоставляются путевки.

В него включаются санатории-профилактории «Восток-Улан» и «Родник» (Иркутская область), «Салампи» (Чувашия), «Сосновый бор» (Якутия), «Кристалл» (Кемеровская область), «Серебрянка» (Тыва), «Атлант» (Пермский край), «Электромеханического завода «Звезда» (Московская область). В перечень также вошли санатории «Саяны» (Бурятия); «Озеро Белое», «Волна», «Литвиново», «Подмосковье» (Московская область); «Архипо-Осиповка», «Голубая даль» (Краснодарский край); «Ореховая роща» (Кабардино-Балкарская Республика); «Прометей» (Рязанская область); «Сосновый Бор» (Татарстан); «Красная Глинка», «Старт» (Самарская область); «Санаторий Талги» (Дагестан); «Решма» (Ивановская область), «Приозерский военный санаторий» (Ленинградская область), «Детский санаторий «Искра» (Ярославская область), «Ургучан» (Забайкальский край).

Кроме того, в список включаются Самарский государственный технический университет, Медицинский центр «Янтарь» (Югра), ООО «Амуркурорт» и Клиника восстановительной медицины «Медикал Эстейт» (Амурская область), Реабилитационный центр «Шиванда» (Забайкальский край), Клинический санаторно-курортный комплекс «АКВАЛОО» (Краснодарский край).

Также уточняются подведомственность, организационно-правовая форма и названия ряда учреждений.





СТАТСВЕДЕНИЯ О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧРЕЖДЕНИЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ОБНОВЛЕННЫЕ ФОРМЫ

Приказ Федеральной службы государственной статистики от 29 декабря 2011 г. № 520 «Об утверждении статистического инструментария для организации Минздравсоцразвития России федерального статистического наблюдения за деятельностью учреждений системы здравоохранения»

Обновлены годовые формы федерального статнаблюдения за деятельностью учреждений системы здравоохранения. Так, с отчета за 2011 г. по обновленным формам № 7 и № 9 подается информация о заболеваниях злокачественными новообразованиями, а также инфекциями, передаваемыми половым путем, и заразными кожными болезнями. Кроме того, речь идет о сведениях, касающихся соответствующих больных (формы № 35 и № 34).

В новой редакции изложены формы № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения», № 13 «Сведения о прерывании беременности (в сроки до 22 недель)» и № 32 «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам».

Речь также идет об информации о деятельности стационара (форма № 14) и учреждениях здравоохранения (форма № 30). С отчета по состоянию на 31 декабря 2011 г. по обновленной форме № 47 направляются сведения о сети и деятельности учреждений здравоохранения.

Регламентирован порядок заполнения названных форм.

ПЛОЩАДКИ ЛИФТОВ И ЭСКАЛАТОРОВ В БОЛЬНИЦАХ, ГОСТИНИЦАХ И АДМИНИСТРАТИВНЫХ ЗДАНИЯХ – ОПАСНЫЕ ПРОИЗВОДСТВЕННЫЕ ОБЪЕКТЫ

Приказ Федеральной службы по экологическому, технологическому и атомному надзору от 16 ноября 2011 г. № 641 «О внесении изменений в требования к ведению государственного реестра опасных производственных объектов в части присвоения наименований опасным производственным объектам для целей регистрации в государственном реестре опасных производственных объектов, утвержденные приказом Федеральной службы по экологическому, технологическому и атомному надзору от 7 апреля 2011 г. № 168» (не вступил в силу)

Зарегистрирован в Минюсте РФ 29 декабря 2011 г. Регистрационный № 22 806.

Скорректированы правила присвоения наименований опасным производственным объектам для целей их регистрации в соответствующем госреестре. Напомним, что владельцы таких объектов обязаны застраховать свою ответственность за причинение вреда в результате аварии на них. Уточнены признаки опасности, типы и особенности идентификации ряда объектов (в частности, участков подготовки строительного сырья; площадок цехов химических, нефтехимических и нефтеперерабатывающих производств; площадок хранения мазутного топлива; цехов по производству проката).

Скорректирован состав некоторых опасных производственных объектов газоснабжения.

Подземные хранилища газа отнесены к опасным производственным объектам магистрального трубопроводного транспорта (ранее входили в перечень объектов нефтегазодобывающего комплекса). Уточнены признаки их опасности. Опасными производственными объектами считаются площадки лифтов, подъемных платформ для инвалидов, эскалаторов, расположенные в административных, больничных, гостиничных и иных зданиях, не относящихся к жилищному фонду. Установлено, что правила присвоения наименований опасным производственным объектам не распространяются на сферу розничной торговли.



КАК И КОГДА ТФОМС ОТЧИТЫВАЮТСЯ ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СУБВЕНЦИЙ?

Приказ Федерального фонда ОМС от 12 декабря 2011 г. № 229 «Об утверждении формы и порядка предоставления отчета об использовании субвенций, предоставленных из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования» (не вступил в силу)

Зарегистрирован в Минюсте РФ 30 декабря 2011 г. Регистрационный № 22 832.

В 2012 г. ФФОМС выделяет территориальным фондам субвенции на осуществление переданных региональным органам власти полномочий в сфере ОМС.

Утверждены форма отчета об использовании субвенций, порядок его представления и заполнения.

ТФОМС направляет отчет в адрес ФФОМС до 10 числа каждого месяца в электронном виде и на бумажном носителе.

Если последний календарный день, установленный для подачи отчета, приходится на праздник или выходной, срок его представления переносится на следующий первый рабочий день.

Документ составляется по состоянию на 1 число месяца, следующего за отчетным, в рублях с точностью до второго десятичного знака после запятой.

ОБРАЗОВАНИЕ И МЕДИЦИНА: ФОРМАТ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ В ЭЛЕКТРОННОМ ВИДЕ СВЕДЕНИЙ, ОБОСНОВЫВАЮЩИХ ПРИМЕНЕНИЕ НУЛЕВОЙ СТАВКИ НАЛОГА НА ПРИБЫЛЬ

Приказ Федеральной налоговой службы от 30 декабря 2011 г. № ЯК-7-6/1010@ «Об утверждении формата представления сведений о доле доходов организации от осуществления образовательной и (или) медицинской деятельности в общей сумме доходов, о численности работников в штате организации и о численности медицинского персонала, имеющего сертификат специалиста, в штате организации в электронном виде»

Организации, занимающиеся образовательной и (или) медицинской деятельностью, по окончании каждого налогового периода, когда они применяют нулевую ставку налога на прибыль, подают в налоговый орган по месту своего нахождения определенные сведения.

Речь идет о доле доходов организации от образовательной и (или) медицинской деятельности в их общей сумме; о численности работников, а также медперсонала с сертификатом специалиста в штате.

Эти сведения направляются в те же сроки, что и налоговая декларация.

Установлены требования к XML файлам передачи в электронном виде названной информации в налоговые органы.

Напомним: чтобы рассчитывать на указанную налоговую льготу, необходимо следующее.

В штате организации непрерывно в течение налогового периода должны числиться не менее 15 работников. Медперсонал с сертификатом специалиста должен составлять не менее половины от общего количества сотрудников.

Доходы от образовательной (медицинской) деятельности составляют минимум 90%, либо за налоговый период вообще нет доходов, учитываемых при определении налоговой базы.

Приказ применяется начиная с представления декларации по налогу на прибыль в электронном виде за налоговый период 2011 г.





ЧТО НУЖНО ДЕЛАТЬ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ В ТФОМС ОБРАЩЕНИЙ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ ПО ВОПРОСУ ОТКАЗА В ВЫДАЧЕ ПОЛИСОВ?

Письмо Федерального фонда ОМС от 12 декабря 2011 г. № 8540/30-2/и «Об отказе в выдаче полиса обязательного медицинского страхования единого образца»

Разъяснен порядок действий в случаях поступления в ТФОМС обращений застрахованных лиц по вопросу отказа в выдаче полисов.

Первый случай — отказ в связи с наличием действующего полиса единого образца.

При установлении факта направления страховой медорганизацией сведений о застрахованном лице в ТФОМС при отсутствии заявления указанного лица о выборе (замене) такой организации ТФОМС применяет меры в соответствии с договором о финансовом обеспечении ОМС.

Одновременно на основании письменного заявления застрахованного лица ТФОМС направляет в ФФОМС запрос об аннулировании данных необоснованно заказанного полиса и принимает меры по оперативному обеспечению указанного лица полисом.

Второй случай — отказ в связи с изготовлением полиса на территории другого региона.

В таких ситуациях ТФОМС по месту обращения связывается с ТФОМС региона выдачи полиса, чтобы проверить изложенные в обращении факты.

Если факт необоснованной выдачи полиса подтверждается, ТФОМС по месту обращения организует работу по аннулированию ранее предоставленного полиса и принимает меры по оперативному обеспечению застрахованного лица новым.

Аннулированный полис считается недействительным и подлежит списанию и уничтожению.

В связи с необходимостью предъявлять полис при обращении за медпомощью ФФОМС просит проводить проверки по указанным случаям в возможно короткие сроки.

О ВОЗВРАТЕ СТРАХОВЫМИ МЕДОРГАНИЗАЦИЯМИ ОСТАТКОВ СРЕДСТВ, СФОРМИРОВАННЫХ РЕЗЕРВОВ, НЕ ИСПОЛЬЗОВАННЫХ НА КОНЕЦ 2011 Г. В ПОЛНОМ ОБЪЕМЕ

Письмо Федерального фонда ОМС от 8 ноября 2011 г. № 7618/21-4/и «По вопросу возврата страховыми медицинскими организациями остатка средств, сформированных резервов, не использованных на конец 2011 года в полном объеме»

Даны разъяснения о возврате страховыми медорганизациями (СМО) остатка средств, сформированных резервов, которые не использованы на конец 2011 г. в полном объеме, в ТФОМС.

Так, СМО ведется раздельный учет сумм экономии и штрафных санкций, которые получены по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медпомощи (проведенного согласно договору о финансовом обеспечении ОМС на 2011 г.).

СМО на формирование собственных средств выделяется следующее. Это 20% от суммы экономии, возникшей по результатам экспертизы качества медпомощи, и штрафов, полученных от медорганизаций по результатам контроля. Речь также идет о 5% экономии, возникшей по результатам медико-экономической экспертизы реестров счетов медпомощи, оказанной медорганизациями.

При возврате в 2012 г. вышеназванных остатков эти средства — доход ТФОМС. Они отражаются в бюджетном учете как прочие доходы.

При оплате медпомощи, оказанной в декабре 2011 г., и возврате остатков средств, сформированных резервов до 31.12.2011 в этом же году они учитываются в бюджете ТФОМС на 2012 г. как остаток его средств на реализацию территориальной программы ОМС.



КАКИЕ ИМПОРТНЫЕ ЛЕКАРСТВА ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ МОЖНО ПРИМЕНЯТЬ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ И В КАКИХ ДОЗИРОВКАХ?

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 1 ноября 2011 г. № 1313 «Об утверждении перечней лекарственных препаратов, зарегистрированных на территории Российской Федерации, с указанием лекарственных форм и дозировок для детей, медицинской техники и изделий медицинского назначения, специализированных продуктов лечебного питания, применяемых в педиатрической практике и не производящихся на территории Российской Федерации»

Установлен перечень лекарственных препаратов, медицинской техники, изделий медназначения и специализированных продуктов лечебного питания, применяемых в педиатрической практике и не производящихся на территории России.

В него включены препараты, зарегистрированные в нашей стране, причем как включенные в стандарты оказания медпомощи и Российской национальный педиатрический формулляр, так и нет. Приведены их лекарственные формы и дозировки для детей.

Разработка перечня обусловлена необходимостью обеспечить больных детей высокоеффективными лекарственными препаратами в соответствующих возрасту ребенка формах и дозировках. Для большинства детских заболеваний не существует педиатрических препаратов, применяются лекарства для взрослых.

В КАКИЕ СРОКИ ПОДАЕТСЯ УВЕДОМЛЕНИЕ ДЛЯ ВКЛЮЧЕНИЯ В РЕЕСТР СТРАХОВЫХ МЕДОРГАНИЗАЦИЙ В СФЕРЕ ОМС?

Письмо Федерального фонда ОМС от 17 ноября 2011 г. № 7311/30-1 «О сроке включения медицинской организации в реестр на 2012 г.»

Если в будущем году юрлицо планирует осуществлять деятельность в сфере ОМС, то оно должно до 1 сентября текущего года направить в ТФОМС соответствующее уведомление, на основе которого компанию включают в реестр страховых медорганизаций.

Сообщается, что иные сроки подачи уведомления могут быть установлены только для вновь создаваемых медорганизаций. Этим занимается комиссия по разработке территориальной программы ОМС в регионе.

КАК ПРОВОДИТСЯ ЭТИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ИНФОРМАЦИОННОГО ЛИСТКА ПАЦИЕНТА?

Информация Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 6 декабря 2011 г. «Процедура проведения этической экспертизы информационного листка пациента» (утв. Советом по этике 23 ноября 2011 г.)

В информационном листке пациента содержатся сведения, касающиеся проводимого клинического исследования лекарственного препарата.

Указанный документ представляет собой сведения и форму информированного согласия. Он рассматривается как письменное подтверждение условий, на которых пациент (его законный представитель) согласился участвовать в эксперименте.

Названные сведения и форма должны быть в виде 1 документа с единой нумерацией страниц.

В ходе экспертизы оценивается наличие и качество изложенных данных о вариантах лечения в процессе исследования и вероятность случайного распределения в 1 из групп лечения. Речь идет и о процедурах исследования, ожидаемом риске или неудобствах для пациента, воздействии исследуемого препарата на репродуктивную систему мужчин и др.





Обязательно должен прилагаться страховой полис. В информационном листке необходимо указывать данные о выдаче пациенту экземпляра полиса, индивидуального идентификационного кода.

При наличии дополнительного страхования также прилагается соответствующий полис и условия страхования.

Должно быть разъяснено, что, подписывая информационный листок, пациент разрешает использовать и разглашать информацию о состоянии его здоровья.

Форма должна подтверждать следующие факты. Добровольное согласие пациента или его законного представителя на участие в эксперименте. Предоставление гражданину возможности задать любые вопросы и получать на них ответы. По своему желанию прервать участие в исследовании в любое время и т.п.

О РАЗМЕРЕ НОРМИРОВАННОГО СТРАХОВОГО ЗАПАСА БЮДЖЕТА ТФОМС

Письмо Федерального фонда ОМС от 15 декабря 2011 г. № 8659/21-4/и «О размере средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования»

Согласно поправкам к Закону об ОМС от 30 ноября 2011 г. величина нормированного страхового запаса ТФОМС (без средств для расчетов за медпомощь, оказанную застрахованным лицам за пределами региона выдачи полиса ОМС) не должна превышать среднемесячный размер планируемых поступлений средств территориального фонда на очередной год. Данная норма распространяется на правоотношения, возникшие с 1 января 2011 г.

Правилами ОМС от 28 февраля 2011 г. установлено, что ТФОМС рассчитываются за медпомощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории региона выдачи полиса ОМС, за счет средств нормированного страхового запаса территориального фонда.

Таким образом, объем средств нормированного страхового запаса может превышать среднемесячный размер планируемых поступлений, но только на сумму средств для расчетов за медпомощь, оказанную застрахованным лицам за пределами региона выдачи полиса ОМС.

РЕЗЕРВ СРЕДСТВ НА ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ СТРАХОВАНИЕ ОТ ПРОФЗАБОЛЕВАНИЙ ФОРМИРУЕТСЯ, РАЗМЕЩАЕТСЯ И РАСХОДУЕТСЯ В ПРЕЖНЕМ ПОРЯДКЕ

Постановление Правительства России от 26 декабря 2011 г. № 1129 «О формировании, размещении и расходовании резерва средств на осуществление обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в 2012 году и в плановый период 2013 и 2014 годов»

В 2012 г. резерв средств на обязательное соцстрахование от несчастных случаев на производстве и профзаболеваний формируется, размещается и расходуется в соответствии с правилами, утвержденными Правительством России на 2011 г.

Напомним, что страховой резерв формируется за счет остатка средств страхового резерва на начало года, превышения доходов бюджета Фонда над его расходами по обязательному страхованию от несчастных случаев на производстве и профзаболеваний, капитализированных платежей, поступающих при ликвидации юрлиц-стражователей, доходов от размещения средств страхового резерва.

Средства страхового резерва могут размещаться на банковские депозиты.



Сумма средств, размещаемых в 1 кредитной организации, не должна превышать 25% совокупного общего размера. Кредитные организации должны удовлетворять следующим требованиям. Наличие генеральной лицензии ЦБР на осуществление банковских операций. Размер собственных средств — не менее 5 млрд. руб. Наличие рейтинга долгосрочной кредитоспособности не ниже уровня «BB-» (Fitch Ratings или Standard & Poor's) либо «Ва3» (Moody's Investors Service).

Средства страхового резерва используются, если в текущем году расходы по обязательному соцстрахованию от несчастных случаев на производстве и профзаболеваний превышают соответствующие доходы.

Фонд ежеквартально представляет в Правительство РФ, Минздравсоцразвития России и Минфин России сведения о направлениях, объемах и финансовых результатах размещения и расходования средств страхового резерва.

БЮДЖЕТНОЕ ИНВЕСТИРОВАНИЕ ОБЪЕКТОВ КАПСТРОИТЕЛЬСТВА ГОСУЧРЕЖДЕНИЙ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ: ЧТО ИЗМЕНИЛОСЬ?

Постановление Правительства РФ от 7 декабря 2011 г. № 1009 «О внесении изменений в постановление Правительства Российской Федерации от 26 июля 2010 г. № 564»

Перераспределены бюджетные инвестиции, направляемые в 2011–2014 гг. на проектирование, строительство и реконструкцию объектов капстроительства федеральных госучреждений Минздравсоцразвития России.

Сокращен объем средств, выделяемых ФГБУ «Российский научно-исследовательский нейрохирургический институт имени профессора А.Л. Поленова».

В связи с реформой государственных учреждений уточнен статус организаций. Они относятся к бюджетным учреждениям.

ДИРЕКТОР ТФОМС И ЕГО ЗАМЕСТИТЕЛЬ В ПРАВЕ НАЛАГАТЬ ШТРАФЫ ЗА НАРУШЕНИЕ ТРЕБОВАНИЙ РЕГИСТРАЦИИ СТРАХОВАТЕЛЕЙ ДЛЯ НЕРАБОТАЮЩИХ ГРАЖДАН

Приказ Федерального фонда ОМС от 22 ноября 2011 г. № 213 «О внесении изменений в приложение к приказу Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 г. № 228 «Об утверждении перечня должностных лиц Федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориальных фондов обязательного медицинского страхования, уполномоченных составлять акты о нарушении законодательства об обязательном медицинском страховании, рассматривать дела о таких нарушениях и налагать штрафы»

Зарегистрирован в Минюсте РФ 15 декабря 2011 г. Регистрационный № 22 627.

Уточнен перечень должностных лиц ТФОМС, уполномоченных составлять акты о нарушении законодательства об ОМС, рассматривать дела о них и налагать штрафы. Речь идет о несоблюдении требований регистрации и снятия с учета страхователей для неработающих граждан.

Поправки обусловлены изменением наименования должности руководителя территориального фонда. Им управляет директор (ранее — исполнительный директор).

Таким образом, в вышеназванный перечень включены директор ТФОМС и его заместитель (вместо исполнительного директора и его зама).





НДФЛ: РАСХОДЫ НА ТРАНСПЛАНТАЦИЮ ВОЛОС ПРИНИМАЮТСЯ К ВЫЧЕТУ В ПОЛНОМ ИЛИ ОГРАНИЧЕННОМ РАЗМЕРЕ?

Письмо Департамента налоговой и таможенно-тарифной политики Минфина РФ от 18 ноября 2011 г. № 03-04-05/7-913 «О предоставлении социального налогового вычета по НДФЛ в сумме расходов на операцию по трансплантации волос»

Физлица вправе получить соцвычет по НДФЛ, в частности, в размере оплаты услуг по лечению, предоставленных медучреждениями России.

Сумма всех соцвычетов в целом не должна превышать 120 тыс. руб. Однако сюда не включаются расходы на обучение детей и дорогостоящее лечение. Они принимаются в полном размере. Перечень дорогостоящих видов лечения утвержден Правительством РФ (Постановление от 19.03.2001 № 201).

По вопросу отнесения операции по трансплантации волос к какому-либо дорогостоящему виду лечения, предусмотренному перечнем, следует обращаться в Минздравсоцразвития России.

СКОЛЬКО ПОТРАТЯТ НА СТРОИТЕЛЬСТВО И РЕКОНСТРУКЦИЮ МЕДУЧРЕЖДЕНИЙ ЮГА СТРАНЫ В 2011–2012 ГГ.?

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 21 октября 2011 г. № 1206 «Об утверждении адресного (пообъектного) распределения субсидий из федерального бюджета по объектам капитального строительства, включенным в федеральную целевую программу «Юг России (2008–2013 годы)»»

Приведено распределение субсидий из федерального бюджета по объектам капитального строительства, включенным в федеральную целевую программу «Юг России (2008–2013 годы)».

Средства направляются на строительство и реконструкцию ряда медучреждений (больниц, родильных домов, поликлиник, диспансеров и пр.). Всего на указанные цели выделяется в 2011 г. 648 млн. руб., в 2012 г. — 504,5 млн. руб. Определены мощность и сроки ввода объектов.

СООБЩЕНИЯ О ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ ПРИНИМАЮТСЯ ПО ЕДИНОМУ НОМЕРУ «112»

Постановление Правительства РФ от 22 декабря 2011 г. № 1101 «О внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации» (не вступило в силу)

Поправки обусловлены созданием системы вызова экстренных оперативных служб по единому номеру «112». Набрав его, можно будет вызвать пожарных, полицию, скорую медицинскую помощь, аварийную газовую службу, спасателей и сотрудников службы «Антитеррор».

Установлено, что для приема сообщений о чрезвычайных ситуациях, в том числе вызванных пожарами, используется единый номер «112». Также применяется номер «01».

Уточнен порядок сбора и обмена информацией в области защиты населения и территории от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера. Предусмотрено, что дежурно-диспетчерские службы федеральных экстренных оперативных служб собирают, обрабатывают и обмениваются данными в своей сфере деятельности на территории муниципального образования и представляют их в соответствующие органы местного самоуправления.

Скорректированы правила охраны газораспределительных сетей. О повреждении сети или обнаружении утечки газа при выполнении работ в охранной зоне сообщается не только в аварийно-диспетчерскую службу эксплуатационной организации, но и региональным и (или) местным властям. Аварийно-диспетчерская служба направляет полученную информацию, а также сведения о ходе и окончании мероприятий по экстренному реагированию в систему-112.



КАК ГОСУДАРСТВОМ ЗАКУПАЮТСЯ ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ?

Постановление Правительства РФ от 26 декабря 2011 г. № 1155 «О закупках лекарственных препаратов, предназначенных для лечения больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей» (не вступило в силу)

Установлен порядок госзакупки лекарственных препаратов, предназначенных для лечения редких заболеваний. Они отпускаются бесплатно по рецепту врача.

Речь идет о злокачественных новообразованиях лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилии, муковисцидозе, гипофизарном нанизме, болезни Гоше, рассеянном склерозе. Это и лекарства для больных после трансплантации органов и (или) тканей.

Препараты закупаются Минздравсоцразвития России и передаются ФУЗ ФМБА России, а также в собственность регионов. Последние при необходимости предоставляют лекарства муниципалитетам.

Агентство и региональные органы ежегодно формируют и представляют в Министерство заявки на поставку препаратов (с приложением обоснований по их объему, а также с указанием организаций-получателей).

Министерство в 10-дневный срок рассматривает заявки, утверждает объемы поставки и доводит их до сведения Агентства и регионов.

Министерство размещает соответствующий госзаказ. Он должен предусматривать доставку лекарств до организаций-получателей, а также учет исполнителем поставленных препаратов.

Лекарства оплачиваются на основании документов, подтверждающих факт их доставки организациям-получателям (накладные, акт приема-передачи). Они представляются поставщиками в Министерство.

Последнее в течение 10 рабочих дней с даты поступления указанных документов учитывает препараты и издает распорядительный акт об их передаче Агентству, а также в собственность регионов.

Закреплено, как ведомства и учреждения оформляют передачу и получение лекарств.

ДВА МЕДИЦИНСКИХ ВУЗА ПОЛУЧАТ ПО 20 МЛН. РУБ. НА ЗАКУПКУ ОБОРУДОВАНИЯ ДЛЯ ВЫХАЖИВАНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ С НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Постановление Правительства РФ от 21 декабря 2011 г. № 1065 «О финансовом обеспечении реализации комплекса мер по выхаживанию новорожденных с низкой и экстремально низкой массой тела в федеральных государственных бюджетных учреждениях»

Определено, как подведомственным Минздравсоцразвития России учреждениям выделяются субсидии, чтобы финансировать комплекс мер по выхаживанию новорожденных с низкой (в том числе экстремально) массой тела. Постановление, ранее определявшее порядок использования ассигнований федерального бюджета на указанные цели, утрачивает силу.

За счет субсидии закупается оборудование, необходимое для выхаживания новорожденных.

Средства предоставляются на основании соглашения между Министерством и учреждением. Установлено, что в нем должно предусматриваться.

Закреплено, как рассчитывается размер субсидии.

Учреждения ежеквартально представляют в Минздравсоцразвития России отчет о расходах, финансируемых за счет субсидии.





В случае нецелевого использования средств они возвращаются в доход федерального бюджета. Утверждено распределение субсидий на 2012 г. Так, по 20 млн. руб. получают Сибирский государственный медицинский университет (Томск) и Челябинская государственная медицинская академия. Постановление вступает в силу с 1 января 2012 г.

БОРЬБА С СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ: НОВЫЙ ПОРЯДОК СУБСИДИРОВАНИЯ РЕГИОНОВ

Постановление Правительства РФ от 26 декабря 2011 г. № 1152 «О порядке предоставления и распределения субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на софинансирование расходных обязательств субъектов Российской Федерации, связанных с реализацией мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями»

Регионам из федерального бюджета выделяются субсидии на совершенствование медпомощи лицам с сосудистыми заболеваниями. Установлен новый порядок их предоставления и распределения.

Для этого субъект Федерации должен выполнить ряд условий. Так, необходимо наличие собственной программы по совершенствованию указанной медпомощи и утвержденных схем доставки больных с сосудистыми заболеваниями в учреждения здравоохранения. Еще одно требование — создание регионального сосудистого центра (первичных специализированных отделений).

Субсидия предоставляется на основании соглашения с Минздравсоцразвития России. В нем, в частности, прописываются целевое назначение средств, порядок и сроки их перечисления, процедура контроля за исполнением договорных обязательств регионом, правила отчетности. Приведена формула, по которой рассчитывается размер субсидии.

Распределение субсидий между регионами на очередной финансовый год утверждается Правительством РФ. Уровень софинансирования расходного обязательства региона за счет субсидии — от 5 до 95%.

Закреплено, как оценивается результативность предоставления субсидии. В частности, учитывается снижение смертности населения от болезней системы кровообращения.

Субсидия в случае ее нецелевого использования взыскивается в доход федерального бюджета.

Если условия предоставления средств не соблюдаются регионом, субсидирование приостанавливается Минфином России по предложению Минздравсоцразвития России.

Постановление вступает в силу с 1 января 2012 г.

МЕРОПРИЯТИЯ ПО РАЗВИТИЮ НЕОНАТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ, ОСУЩЕСТВЛЯЕМЫЕ В УЧРЕЖДЕНИЯХ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ, ФИНАНСИРУЮТСЯ ЗА СЧЕТ СУБСИДИЙ

Постановление Правительства РФ от 21 декабря 2011 г. № 1067 «О финансовом обеспечении мероприятий, осуществляемых в федеральных государственных бюджетных учреждениях и направленных на развитие неонатальной хирургии»

Закреплено, как подведомственным Минздравсоцразвития России учреждениям выделяются субсидии, чтобы финансировать мероприятия по развитию неонатальной хирургии.

Средства предоставляются на основании соглашения между Министерством и учреждением. Установлено, что в нем должно предусматриваться. Определено, как рассчитывается размер субсидии. Учреждение ежеквартально представляет в Минздравсоцразвития России отчет о расходах, финансируемых за счет субсидии. В случае нецелевого использования средств они возвращаются в доход федерального бюджета.



Утверждено распределение субсидий на 2012 г. Так, по 30 млн. руб. получают Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова (Москва) и Новосибирский НИИ патологии кровообращения имени академика Е.Н. Мешалкина.

Учреждения закупают оборудование, необходимое для реализации соответствующих мероприятий, в соответствии с перечнем, утверждаемым Министерством.

Постановление вступает в силу с 1 января 2012 г.

УТОЧНЕН ПОРЯДОК ОТЧЕТНОСТИ ТФОМС ПЕРЕД ФФОМС

Приказ Федерального фонда ОМС от 12 декабря 2011 г. № 228 «О внесении изменений в приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 3 июня 2008 г. № 120 «Об утверждении формы и порядка представления отчетов об использовании субсидий на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» Зарегистрирован в Минюсте РФ 21 декабря 2011 г. Регистрационный № 22 733.

ФФОМС предоставляет ТФОМС субсидии на проведение диспансеризации находящихся в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Фонды отчитываются о расходовании полученных средств. Внесены изменения в приказ об утверждении формы и порядка представления отчета. Уточнен ссылочный аппарат. Указано на новые федеральный бюджет и правила предоставления субсидий.

Также установлено следующее. Если дата подачи отчета приходится на праздник или выходной, то сроком его представления считается первый рабочий день, следующий за ним.

Приказ вступает в силу с 1 января 2012 г.

ОПРЕДЕЛЕНО, КАК ПЕРЕДАЕТСЯ ЗАКУПЛЕННОЕ ОБОРУДОВАНИЕ ДЛЯ РЕАБИЛИТАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ С НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Постановление Правительства РФ от 26 декабря 2011 г. № 1135 «Об утверждении Правил передачи в собственность субъектов Российской Федерации закупленного Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации специализированного медицинского оборудования, предназначенного для реабилитации новорожденных детей с низкой и экстремально низкой массой тела» (не вступило в силу)

Минздравсоцразвития России получило средства из резервного фонда Президента страны, чтобы приобрести специализированное медицинское оборудование для реабилитации новорожденных с низкой (в том числе экстремально) массой тела.

Определен порядок передачи закупленного оборудования в региональную собственность с последующим переходом (при необходимости) в муниципальную.

Оборудование доставляется в государственные и муниципальные учреждения здравоохранения, перечень которых определяется Министерством.

Учреждения подписывают документы, подтверждающие поставку оборудования, и принимают его на хранение. Их копии, заверенные подписью ответственного лица и печатью учреждения, направляются в уполномоченные региональные органы исполнительной власти.

Поставщики представляют указанные документы в Министерство. Оно принимает оборудование на учет, после чего издает распорядительные акты о передаче его в региональную собственность. После получения такого распорядительного акта уполномоченный региональный орган принимает оборудование на учет. Затем оно переходит в оперативное управление учреждений-получателей субъекта Российской Федерации или в собственность муници-





пальных образований для последующей передачи учреждениям, находящимся в их ведении (при необходимости).

Уполномоченный орган муниципального образования принимает оборудование на учет. Затем оно передается в оперативное управление подведомственным получателям.

Учреждения в течение 2 рабочих дней со дня получения документа, подтверждающего передачу им оборудования, принимают его на учет.

ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У НАСЕЛЕНИЯ: В 2012 Г. РЕГИОНАМ ВЫДЕЛЯТ СРЕДСТВА ТОЛЬКО НА СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕДПОМОЩИ НАРКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ

Постановление Правительства РФ от 27 декабря 2011 г. № 1166 «О финансовом обеспечении за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у населения Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака»

Регионам из федерального бюджета выделяются субсидии на формирование здорового образа жизни у населения, включая сокращение потребления алкоголя и табака. Установлен новый порядок их предоставления и распределения.

Главное направление расходования средств — совершенствование медицинской помощи наркологическим больным, включая профилактику, диагностику и медицинскую реабилитацию (в 2011 г. деньги выделялись также на организацию центров здоровья). Обязательное условие предоставления субсидии — наличие соответствующей региональной программы. Предусмотрены подготовка и переподготовка медицинских кадров для наркологических диспансеров (в том числе по специальностям «псichiатрия», «псichiатрия-наркология» и «медицинская психология»).

Между Минздравсоцразвития России и высшим органом власти региона заключается соглашение о субсидировании. В нем прописываются условия выделения и размер средств, их целевое назначение, приводятся показатели результативности предоставления субсидии. Это снижение уровня потребления алкоголя на душу населения, доля курящих среди населения, а также процент состоящих под наблюдением больных наркоманией, находящихся в ремиссии от 6 месяцев и более.

Установлен новый порядок расчета размера субсидии. Уровень софинансирования из федерального бюджета колеблется в пределах от 5 до 95%. Он зависит от показателя общей заболеваемости наркоманией в субъекте Федерации и бюджетной обеспеченности региона.

Как и в 2011 г., в 2012 г. выделяется 300 млн. руб. на пропаганду здорового образа жизни, в том числе на проведение коммуникационной кампании.

Постановление вступает в силу с 1 января 2012 г.

ООО «НПП «ГАРАНТ-СЕРВИС»
Тел.: 8 800 200 8888 (бесплатный
междугородный звонок),
8 495 647 6238 (для Москвы)
Интернет: www.garant.ru



ИНФОРМАЦИОННО-ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

Полные тексты документов доступны на сайтах компании «ГАРАНТ»
и Издательского дома «Менеджер здравоохранения»: www.idmz.ru



Выставка и конференция
«Медицинские информационные технологии»
8-й Международный форум
MedSoft-2012

17-19 апреля 2012 Москва,
ЭКСПОЦЕНТР

ТЕМАТИКА ВЫСТАВКИ И КОНФЕРЕНЦИИ:

- Информационные системы медучреждений и органов управления здравоохранением. Региональные системы
- Электронные регистратуры АПУ
- Компьютерные системы для исследований и диагностики
- Системы компьютеризации массовых исследований и диагностики
- Лабораторные информационные системы
- Системы обработки изображений
- Электронные медицинские карты
- Компьютерные системы в фармации
- Компьютерные системы в стоматологии
- Телемедицинские системы. Медицинский Интернет
- Интеллектуальные медицинские системы
- Обучающие системы. Электронные атласы.
Мультимедийные атласы и многое другое

Генеральный
спонсор

INTERSYSTEMS

Генеральный
партнер

МЕДИАПОГ
Медицинская информационная система

Генеральный
инвестор

SWAN
Software & Services

**ВХОД НА ВЫСТАВКУ
СВОБОДНЫЙ**

**УЧАСТИЕ
В МЕРОПРИЯТИЯХ
ДЕЛОВОЙ ПРОГРАММЫ
БЕСПЛАТНОЕ**

Спонсоры

1C
Финанс-ПС

delta systems

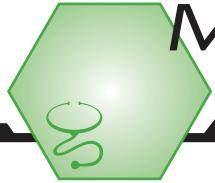
FUJIFILM

Адрес: ЦВК «ЭКСПОЦЕНТР», павильон №2, зал №5,

Краснопресненская наб., 14

Проезд: ст.м. «Выставочная»

Программа конференции и список участников
опубликованы на сайте www.armit.ru



Менеджер

здравоохранения

